제2기 어린이 재활의료기관 지정 · 운영 시범사업 운영지침

2025.12.

보건복지부 건강보험심사평가원

목 차

제1장 시범사업 개요 ····· 1

제2장 시범사업 운영 ····· 26
1. 사업 내용 ····· 26
2. 시범사업 수행기관 준수사항 ····· 28

제3장 시범사업 요양(의료)급여비용 산정 ····· 31
1. 요양(의료)급여 기준 ····· 31
2. 요양(의료)급여 산정 일반원칙 ····· 33
3. 수가 산정지침 ····· 34
4. 급여목록 및 상대가치점수 ····· 39

제4장 요양(의료)급여비용 청구방법 ····· 55
1. 요양(의료)급여비용 청구방법 ····· 55
2. 명세서 작성요령 ····· 57
3. 명세서 세부 작성요령 ····· 59
4. 보완청구 및 추가청구 ····· 63

제5장 시범사업 모니터링 및 사업평가 ····· 65

[서식] 1. 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용, 제3자 제공 동의서 ··· 70
2. 통합재활기능평가 서식 ····· 74
3. 통합계획교육상담 서식 ····· 81
4. 지역사회연계 의뢰서(기관 내 활동) ····· 83
4-2. 지역사회연계 수신결과 ····· 86
5. 지역사회연계 의뢰서(현장 방문활동) ····· 87
6. 통합재활안전 방문관리 서식 ····· 89

[질의응답] ····· 91

제1장
시범사업 개요

1 추진목적 및 근거

가. 추진 목적

○ 건강보험 보장성 강화 대책*('17.8월) 및 제6차 장애인정책종합계획 ('23.3월)에 따라 권역별 어린이재활병원 인프라 확충을 위해 '지역사회 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업'을 시행한다.

○ 어린이 재활의료기관 지정·운영시범사업을 통해 지역사회 장애아동이 거주지역 인근에서 적기에 전문재활치료를 받을 수 있도록 하여 장애를 최소화하고, 타 지역으로 이동하여 진료를 받아야 하는 가정의 부담을 완화한다.

> ※ 어린이 재활의료기관 지정·운영
> - 발달단계를 고려한 생애주기별 어린이 전문재활치료를 통해 장애를 최소화하고, 지역사회내 특수교육, 보육, 보건, 복지관 등 다양한 복지서비스와의 유기적 연계 체계를 마련
> - 장기적으로 지역사회의 어린이 전문재활 치료 서비스의 공급량이 증가될 수 있도록 유도

나. 추진 근거

○ 보건의료기본법 제34조(장애인의 건강증진), 제44조(보건의료 시범사업)

○ 장애인복지법 제17조(장애발생 예방), 제18조(의료와 재활치료)

○ 장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 제18조의2(어린이 재활의료기관의 지정 등)

2 제2기 어린이 재활의료기관의 운영방향

○ 어린이를 대상으로 하는 전문재활치료가 가능한 전담 인력, 시설, 장비 등 확보

○ 어린이의 발달단계별 집중재활치료프로그램 운영

○ 발달영역별 통합기능평가 및 가족이 참여하는 종합치료계획 수립, 지역사회 자원 연계 등 보건·복지 연계 서비스 제공

○ 어린이 재활치료에 대한 적정 의료수가체계 마련

○ 거주권역 내 우수 어린이 재활의료기관 육성

3 사업내용

○ 공공어린이 재활병원(의료센터)과의 네트워크를 고려한 우수 어린이 재활의료기관 지정

○ 어린이 재활치료 집중치료 여건 마련

○ 적정 어린이재활의료기관 수가체계마련 및 수가신설

4 사업기간

○ 지정 기간: 2024년 3월 1일로부터 2026년 12월 31일까지로 한다.

5 사업대상

가. 대상기관

○ 의료법 제3조제2항 ‘의원’, ‘병원’으로, 진료과목에 재활의학과를 두고,

- 어린이 전문재활치료를 제공하기 위한 필수진료과목, 전담 인력, 시설, 장비 등 구조적 요건을 갖추고 어린이 재활치료 환자수(진료량), 환자구성비율 등 질적 특성을 평가하여 보건복지부가 시범사업 수행기관으로 지정한 기관

*단,「장애인복지법」제58조의 장애인 의료재활시설은 어린이 재활치료 환자 수 기준 충족 시 신청 가능

나. 지정규모

○ 전국 18개 권역, 권역별 수도권[1] 7개소, 비수도권[2] 3개소

1) 수도권: 서울 남부, 서울 북부, 인천, 경기 남부, 경기 북부

2) 비수도권: 강원, 충북, 충남, 대전(세종포함), 전북, 전남, 광주, 경북, 대구, 경남, 부산, 울산, 제주

※ 단, 어린이 전문재활치료환자 수요 및 신청 상황 등 권역별 특성을 고려하여 전체 지정 규모 내 추가 지정 가능

다. 대상환자

건강보험 가입자(피부양자 포함) 및 의료급여 수급권자로서 전문적인 재활치료를 필요로 하는 상병<표 1>에 해당하는 18세 이하 어린이 환자

<표 1> 대상환자

상병기호	한글명	영문명
C71	뇌의 악성 신생물	
C71	뇌의 악성 신생물	Malignant neoplasm of brain
G00~09	중추신경계통의 염증성 질환	
G00	달리 분류되지 않은 세균성 수막염	Bacterial meningitis, NEC
G01	달리 분류된 세균성 질환에서의 수막염	Meningitis in bacterial diseases classified elsewhere
G02	달리 분류된 기타 감염성 및 기생충 질환에서의 수막염	Meningitis in other infectious and parasitic diseases classified elsewhere
G03	기타 및 상세불명의 원인에 의한 수막염	Meningitis due to other and unspecified causes
G04	뇌염, 척수염 및 뇌척수염	Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis
G05	달리 분류된 질환에서의 뇌염, 척수염 및 뇌척수염	Encephalitis, myelitis and encephalomyelitis in diseases classified elsewhere
G06	두개내 및 척추내 농양 및 육아종	Intracranial and intraspinal abscess and granuloma
G07	달리 분류된 질환에서의 두개내 및 척추내 농양 및 육아종	Intracranial and intraspinal abscess and granuloma in diseases classified elsewhere
G08	두개내 및 척추내 정맥염 및 혈전정맥염	Intracranial and intraspinal phlebitis and thrombophlebitis
G09	중추신경계통의 염증성 질환의 후유증	Sequelae of inflammatory diseases of central nervous system
G10~12	일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	
G10	헌팅톤병	Huntington's disease
G11	유전성 운동실조	Hereditary ataxia
G12	척수성 근위축 및 관련 증후군	Spinal muscular atrophy and related syndromes
G20~26	추체외로 및 운동장애	
G20	파킨슨병	Parkinson's disease
G21	이차성 파킨슨증	Secondary parkinsonism
G22	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	Parkinsonism in diseases classified elsewhere
G23	기저핵의 기타 퇴행성 질환	Other degenerative diseases of basal ganglia

상병기호	한글명	영문명
G24	근긴장이상	Dystonia
G25	기타 추체외로 및 운동 장애	Other extrapyramidal and movement disorders
G26	달리 분류된 질환에서의 추체외로 및 운동 장애	Extrapyramidal and movement disorders in diseases classified elsewhere
G35~37	**중추신경계통의 탈수초질환**	
G35	다발경화증	Multiple sclerosis
G36	기타 급성 파종성 탈수초	Other acute disseminated demyelination
G37	중추신경계통의 기타 탈수초질환	Other demyelinating diseases of central nervous system
G40~41	**뇌전증 및 뇌전증지속상태**	
G40	뇌전증	Epilepsy
G41	뇌전증지속상태	Status epilepticus
G50~59	**신경, 신경근 및 신경총장애**	
G50	삼차신경의 장애	Disorders of trigeminal nerve
G51	안면신경장애	Facial nerve disorders
G52	기타 뇌신경의 장애	Disorders of other cranial nerves
G53	달리 분류된 질환에서의 뇌신경장애	Cranial nerve disorders in diseases classified elsewhere
G54	신경근 및 신경총 장애	Nerve root and plexus disorders
G55	달리 분류된 질환에서의 신경근 및 신경총 압박	Nerve root and plexus compressions in diseases classified elsewhere
G56	팔의 단일신경병증	Mononeuropathies of upper limb
G57	다리의 단일신경병증	Mononeuropathies of lower limb
G58	기타 단일신경병증	Other mononeuropathies
G59	달리 분류된 질환에서의 단일신경병증	Mononeuropathy in diseases classified elsewhere
G60~64	**다발신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애**	
G60	유전성 및 특발성 신경병증	Hereditary and idiopathic neuropathy
G61	염증성 다발신경병증	Inflammatory polyneuropathy
G62	기타 다발신경병증	Other polyneuropathies
G63	달리 분류된 질환에서의 다발신경병증	Polyneuropathy in diseases classified elsewhere
G64	말초신경계통의 기타 장애	Other disorders of peripheral nervous system

상병기호	한글명	영문명
G70~73	신경근접합부 및 근육의 질환	
G70	중증근무력증 및 기타 근신경장애	Myasthenia gravis and other myoneural disorders
G71	근육의 원발성 장애	Primary disorders of muscles
G72	기타 근병증	Other myopathies
G73	달리 분류된 질환에서의 신경근접합부 및 근육의 장애	Disorders of myoneural junction and muscle in diseases classified elsewhere
G80~83	뇌성마비 및 기타 마비증후군	
G80	뇌성마비	Cerebral palsy
G81	편마비	Hemiplegia
G82	하반신마비 및 사지마비	Paraplegia and tetraplegia
G83	기타 마비증후군	Other paralytic syndromes
G90~99	신경계통의 기타장애	
G90	자율신경계통의 장애	Disorders of autonomic nervous system
G91	수두증	Hydrocephalus
G92	독성뇌병증	Toxic encephalopathy
G93	뇌의 기타 장애	Other disorders of brain
G94	달리 분류된 질환에서의 뇌의 기타 장애	Other disorders of brain in diseases classified elsewhere
G95	척수의 기타 질환	Other diseases of spinal cord
G96	중추신경계통의 기타 장애	Other disorders of central nervous system
G97	달리 분류되지 않은 신경계통의 처치후 장애	Postprocedural disorders of nervous system, NEC
G98	달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 장애	Other disorders of nervous system, NEC
G99	달리 분류된 질환에서의 신경계통의 기타 장애	Other disorders of nervous system in diseases classified elsewhere
I60~69	뇌혈관질환	
I60	지주막하출혈	Subarachnoid haemorrhage
I61	뇌내출혈	Intracerebral haemorrhage
I62	기타 비외상성 두개내출혈	Other nontraumatic intracranial haemorrhage
I63	뇌경색증	Cerebral infarction
I64	출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	Stroke, not specified as haemorrhage or infarction

상병기호	한글명	영문명
I65	뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction
I66	뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction
I67	기타 뇌혈관질환	Other cerebrovascular diseases
I68	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관장애	Cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere
I69	뇌혈관질환의 후유증	Sequelae of cerebrovascular disease
P05, P07	**임신 기간 및 태아 발육과 관련된 장애**	
P05	태아성장지연 및 태아영양실조	Slow fetal growth and fetal malnutrition
P07	달리 분류되지 않은 단기임신 및 저체중출산에 관련된 장애	Disorders related to short gestation and low birth weight, NEC
P10~11, P13~15	**출산외상**	
P10	출산손상으로 인한 두개내 열상 및 출혈	Intracranial laceration and haemorrhage due to birth injury
P11	중추신경계통에 대한 기타 출산손상	Other birth injuries to central nervous system
P13	골격의 출산손상	Birth injury to skeleton
P14	말초 신경계통의 출산손상	Birth injury to peripheral nervous system
P15	기타 출산손상	Other birth injuries
P20~22, P24	**출생전후기에 특이한 호흡기 및 심혈관 장애**	
P20	자궁내저산소증	Intrauterine hypoxia
P21	출산질식	Birth asphyxia
P22	신생아의 호흡곤란	Respiratory distress of newborn
P24	신생아흡인증후군	Neonatal aspiration syndromes
P52	**태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈**	
P52	태아 및 신생아의 두개내 비외상성 출혈	Intracranial nontraumatic haemorrhage of fetus and newborn
P57	**핵황달**	
P57	핵황달	Kernicterus

상병기호	한글명	영문명
P90~91, P93~94	**출생전후기에 기원한 기타 장애**	
P90	신생아의 경련	Convulsions of newborn
P91	신생아 대뇌상태의 기타 장애	Other disturbances of cerebral status of newborn
P93	태아 및 신생아에게 투여한 약물의 반응 및 중독	Reactions and intoxications due to drugs administered to fetus and newborn
P94	신생아의 근긴장도의 장애	Disorders of muscle tone of newborn
Q00~07	**신경계통의 선천기형**	
Q00	무뇌증 및 유사 기형	Anencephaly and similar malformations
Q01	뇌류(腦瘤)	Encephalocele
Q02	소두증	Microcephaly
Q03	선천수두증	Congenital hydrocephalus
Q04	뇌의 기타 선천기형	Other congenital malformations of brain
Q05	이분척추	Spina bifida
Q06	척수의 기타 선천기형	Other congenital malformations of spinal cord
Q07	신경계통의 기타 선천기형	Other congenital malformations of nervous system
Q11, Q16, Q18	**눈, 귀, 얼굴 및 목의 선천기형**	
Q11	무안구증, 소안구증 및 대안구증	Anophthalmos, microphthalmos and macrophthalmos
Q16	청력장애를 유발하는 귀의 선천기형	Congenital malformations of ear causing impairment of hearing
Q18	얼굴 및 목의 기타 선천기형	Other congenital malformations of face and neck
Q35, Q37	**구순열 및 구개열**	
Q35	구개열	Cleft palate
Q37	구순열을 동반한 구개열	Cleft palate with cleft lip
Q65~74, Q76~79	**근골격계통의 선천기형 및 변형**	
Q65	고관절의 선천변형	Congenital deformities of hip
Q66	발의 선천변형	Congenital deformities of feet
Q67	머리, 얼굴, 척추 및 흉부의 선천성 근골격 변형	Congenital musculoskeletal deformities of head, face, spine and chest

상병기호	한글명	영문명
Q68	기타 선천성 근골격변형	Other congenital musculoskeletal deformities
Q69	다지증	Polydactyly
Q70	합지증	Syndactyly
Q71	팔의 감소결손	Reduction defects of upper limb
Q72	다리의 감소결손	Reduction defects of lower limb
Q73	상세불명 사지의 감소결손	Reduction defects of unspecified limb
Q74	사지의 기타 선천기형	Other congenital malformations of limb(s)
Q76	척추 및 골성 흉곽의 선천기형	Congenital malformations of spine and bony thorax
Q77	관상골 및 척추의 성장결손을 동반한 골연골형성이상	Osteochondrodysplasia with defects of growth of tubular bones and spine
Q78	기타 골연골형성이상	Other osteochondrodysplasias
Q79	달리 분류되지 않은 근골격계통의 선천기형	Congenital malformations of musculoskeletal system, NEC
Q86~87, Q89	**기타 선천기형**	
Q86	달리 분류되지 않은 알려진 외인으로 인한 선천기형증후군	Congenital malformation syndromes due to known exogenous causes, NEC
Q87	다발계통에 영향을 주는 기타 명시된 선천기형증후군	Other specified congenital malformation syndromes affecting multiple systems
Q89	달리 분류되지 않은 기타 선천기형	Other congenital malformations, NEC
Q90~93, Q95~96, Q99	**달리 분류되지 않은 염색체이상**	
Q90	다운증후군	Down's syndrome
Q91	에드워즈증후군 및 파타우증후군	Edwards' syndrome and Patau's syndrome
Q92	달리 분류되지 않은 보통염색체의 기타 삼염색체증 및 부분삼염색체증	Other trisomies and partial trisomies of the autosomes, NEC
Q93	달리 분류되지 않은 보통염색체의 단일염색체증 및 결손	Monosomies and deletions from the autosomes, NEC
Q95	달리 분류되지 않은 균형된 재배열 및 구조표지자	Balanced rearrangements and structural markers, NEC
Q96	터너증후군	Turner's syndrome

상병기호	한글명	영문명
Q99	달리 분류되지 않은 기타 염색체이상	Other chromosome abnormalities, NEC
R62	**기대되는 정상 생리학적 발달의 결여**	
R62	기대되는 정상 생리학적 발달의 결여	Lack of expected normal physiological development
T90~98	**손상, 중독 및 외인에 의한 기타 결과의 후유증**	
T90	머리손상의 후유증	Sequelae of injuries of head
T91	목 및 몸통 손상의 후유증	Sequelae of injuries of neck and trunk
T92	팔손상의 후유증	Sequelae of injuries of upper limb
T93	다리손상의 후유증	Sequelae of injuries of lower limb
T94	다발성 및 상세불명의 신체부위를 침범한 손상의 후유증	Sequelae of injuries involving multiple and unspecified body regions
T95	화상, 부식 및 동상의 후유증	Sequelae of burns, corrosions and frostbite
T96	약물, 약제 및 생물학적 물질에 의한 중독의 후유증	Sequelae of poisoning by drugs, medicaments and biological substances
T97	출처가 주로 비의약품인 물질의 독성효과의 후유증	Sequelae of toxic effects of substances chiefly nonmedicinal as to source
T98	외인의 기타 및 상세불명 영향의 후유증	Sequelae of other and unspecified effects of external causes

라. 요양(의료)급여비용 산정 기간

○ 통합재활기능평가료, 통합계획교육상담료, 재활치료료는 아래의 연령 기간에 따라 산정

- (6세 미만) 집중적인 재활치료가 필요한 연령임을 감안, 제한 없이 인정
- (6세 이상 ~ 18세 이하) 세부 적용기준별 인정기간<표 2>을 달리 적용

○ 지역사회연계료 관련수가*인 경우 18세 이하까지 산정

* 관련수가: 지역사회연계료 가. 기관 내 활동, 나. 현장 방문활동, 통합재활안전 방문관리료

<표 2> 6세 이상 ~ 18세 이하 세부 적용 기준

기간	분류번호	코드	분류
3개월			
	① 화학적 신경차단술(보툴리눔 독소주사 또는 알콜/페놀 신경차단술) (재활치료 시작일 기준) ※ 단, 화학적 신경차단술 시행일로부터 6주 내에 재활치료를 시작하도록 함		
	사-117	MM161	운동점차단술 [근육당]
	② 연속적 석고 고정(시행일 기준)		
	자-613-1		캐스트 절할 사용
		T6136	가. 견수상, 고수상, 체간 Shoulder Spica, Hip Spica, Body Cast
		T6137	나. 장상지, 장하지, 벨포 Long Arm, Long Leg, Velpeau
		T6138	다. 단상지, 단하지, 8자형 석고 Short Arm, Short Leg, Figure of Eight
6개월			
	③ 성장에 따른 이차적인 근골격계 합병증 (확인된 날 기준)		
	○ 고관절 아탈구/탈구로 고관절 이동지수 (Hip migration index)가 30 이상		
	○ 척추측만증으로 콥스씨 측정방법에 의한 각도가 20도 이상		
	○ 하지 3대 관절의 구축이 발생한 경우		
	-고관절 굴곡 관절가동범위가 무릎을 편 상태에서 30도 이상의 고관절 굴곡 구축(토마스 검사)		
	-바로 누운 자세에서 고관절을 90도 굴곡한 상태에서 측정한 슬와 각도(popliteal angle)가 60도(슬관절 최대 신전시 대퇴에서 120도 각도) 이상인 경우		
	-족관절 배굴(ankle dorsiflexion)각도 0도 이하 이면서 첨족 보행하는 경우		

기간	분류번호	코드	분류
6개월	④ (뇌성마비 상병에서) GMFCS* level이 한단계 이상 저하 *Gross Motor Function Classification System, 대운동기능분류시스템 (1년 이내 대운동기능분류시스템상 한단계 이상의 기능저하가 확인된 날 기준)		
	⑤ 정형외과 교정수술 중 연부조직 수술만 시행 받은 경우 (시행일 기준)		
	자-91	N0911	건, 인대 피하단열수술 Subcutaneous Tenotomy
		N0912	주 : 간단한 건 봉합을 한 경우에는 2,186.20점을 산정한다.
	자-92	N0920	아킬레스건 재건술 Reconstruction of Achilles Tendon
		N0921	주 : 아킬레스건 연장술(Heel Cord Lengthening)을 시행한 경우에는 5,439.10점을 산정한다.
	자-93		건 및 인대 성형술 Reconstruction of Tendon and Ligament
		N0931	가. 간단한 것 [절제, 봉합, 박리] Simple
		N0933	주 : 근에 대한 봉합술, 이식술, 이행술, 교환술을 실시한 경우에는 2,945.79점을 산정한다.
		N0932	나. 복잡한 것 [이식, 이전, 교환, 인공건 성형] Complex
		N0934	주 : 근에 대한 봉합술, 이식술, 이행술, 교환술을 실시한 경우에는 4,779.31점을 산정한다.
	⑥ 척수강내 약물주입 펌프이식술을 시행받은 경우(약제리필, 배터리교환 제외) (시행일 기준)		
	자-484		척수강내 약물주입펌프이식./술 Implantation of Intrathecal Drug Infusion Pump
		S4843	나. 펌프 이식술
12개월			
	⑦ 2차적 근골격 변형교정을 위해 절골술 또는 관절성형술 시행(단순골절 고정술 제외) (시행일 기준. 단, 하기 수술 후 석고고정을 시행한 경우에는 석고제거일 기준)		
	자-30		절골술 Osteotomy
		N0303	가. 척추, 골반 Spine, Pelvis
		N0302	나. 상하지 Upper and Lower Extremity
		N0316	다. 수근골, 족근골 Carpal, Tarsal

기간	분류번호	코드	분류
12개월		N0317	라. 중수골, 중족골, 지골 Metacarpal, Metatarsal, Finger, Toe
	자-30-1		**절골술 및 체내금속고정술 Osteotomy and Internal Fixation**
		N0305	가. 대퇴골 Femur
		N0306	나. 상완골 Humerus
			다. 전완골, 하퇴골 Forearm, Crus
		N0304	(1) 요골과 척골중 하나, 경골과 비골중 하나 Radius or Ulnar, Tibia or Fibula
		N0307	(2) 요척골 동시, 경비골 동시 Radius and Ulnar, Tibia and Fibula
		N0318	라. 수근골, 족근골 Carpal, Tarsal
		N0319	마. 중수골, 중족골, 지골 Metacarpal, Metatarsal, Finger, Toe
	자-71		**인공관절치환술 Replacement Arthroplasty**
			가. 전치환 Total Arthroplasty
		N0711	(1) 고관절 Hip
		N2070	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 14,970.23점을 산정한다.
			(2) 견관절 Shoulder
		N2080	(가) 해부학적 Anatomical
		N2081	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 15,752.01점을 산정한다.
		N2082	(나) 역행성 Reverse
		N2083	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 14,064.30점을 산정한다.
		N2072	(3) 슬관절 Knee
		N2077	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 13,106.94점을 산정한다.
		N2073	(4) 주관절 Elbow
		N2078	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 10,759.30점을 산정한다.
		N2074	(5) 완관절 Wrist
		N2075	(6) 족관절 Ankle

기간	분류번호	코드	분류
12개월		N2079	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 11,505.05점을 산정한다.
		N0714	(7) 지관절 Finger, Toe
			나. 부분치환술 Hemiarthroplasty
		N0715	(1) 고관절 Hip
		N2710	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 9,002.04점을 산정한다.
		N2711	(2) 견관절 Shoulder
		N2716	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 9,848.50점을 산정한다.
		N2712	(3) 슬관절 Knee
		N2717	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 8,583.51점을 산정한다.
		N2713	(4) 주관절 Elbow
		N2718	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 7,725.99점을 산정한다.
		N2714	(5) 완관절 Wrist
		N2715	(6) 족관절 Ankle
		N2719	주 : 복잡기준에 해당하는 경우에는 7,729.52점을 산정한다.
		N0717	(7) 지관절 Finger, Toe
	자-72		절제관절성형술 Resection Arthroplasty
		N0721	가. 고관절 Hip
		N0722	나. 견관절, 슬관절, 주관절, 완관절, 족관절 Shoulder, Knee, Elbow, Wrist, Ankle
		N0723	다. 지관절 Finger, Toe
	⑧ 선택적 후신경근 절제술 (시행일 기준)		
	자-482		척수신경수술 [파괴, 절개, 절단 등] Operation of Spine
		S4821	가. DREZ파괴술 Myelotomy
		S4822	나. 신경근절개술 Rhizotomy
		S4827	주 : 선택적 척수후신경근절개술을 시행한 경우에는 14,982.51점을 산정한다.

기간	분류번호	코드	분류
12개월	⑨ 측만증 교정수술을 시행받은 경우 (시행일 기준)		
	자-79		변형기계 교정술 Mechanical Correction for Deformity
		N0791	가. 척추측만증 및 구배증 Scoliosis or Kyphosis
		N0792	나. 사지변형 Deformity of Extremity
	⑩ 중추신경계 관련 수술 [뇌실단락술, 뇌전증수술] (시행일 기준)		
	자-471		단락술 또는 측로조성술 Shunt Operation or Bypass Operation
			가. 삽입술
		S4711	(1) 경막하 또는 지주막하와 타부위간 Subdural/Subarachnoid-Other
		S4712	(2) 뇌실과 타부위간 Ventriculo-Other
		S4713	(3) 척수내 낭종 또는 척수공동과 타부위간 Intramedullary Cyst/Syrinx to Other
	자-473		뇌전증수술 Operation of Epilepsy
			나. 뇌엽절제술 Cerebral Lobectomy
		S4733	(1) 측두엽절제술 Temporal Lobectomy
		S0433	(2) 측두엽 외 절제술 Extratemporal Lobectomy
		S4735	다. 뇌량체절단술 Transection of Corpus Callosum
		S4736	라. 반구절제술 혹은 반구절개술 Hemispherectomy or Hemispherotomy
		S4737	마. 다발성 대뇌피질연막하절단술 Multiple Subpial Transection
		S0434	바. 대뇌피질절제술 Neocortical Resection
24개월			
	⑪ 중추신경계 관련 수술[종양제거술, 중추신경계 기형수술, 뇌동맥 기형적출술 등] (시행일 기준)		
	자-461-1		신경종양절제술 Excision of Neuroma
		S4615	가. 양성 Benign
		S4616	나. 악성 Malignant

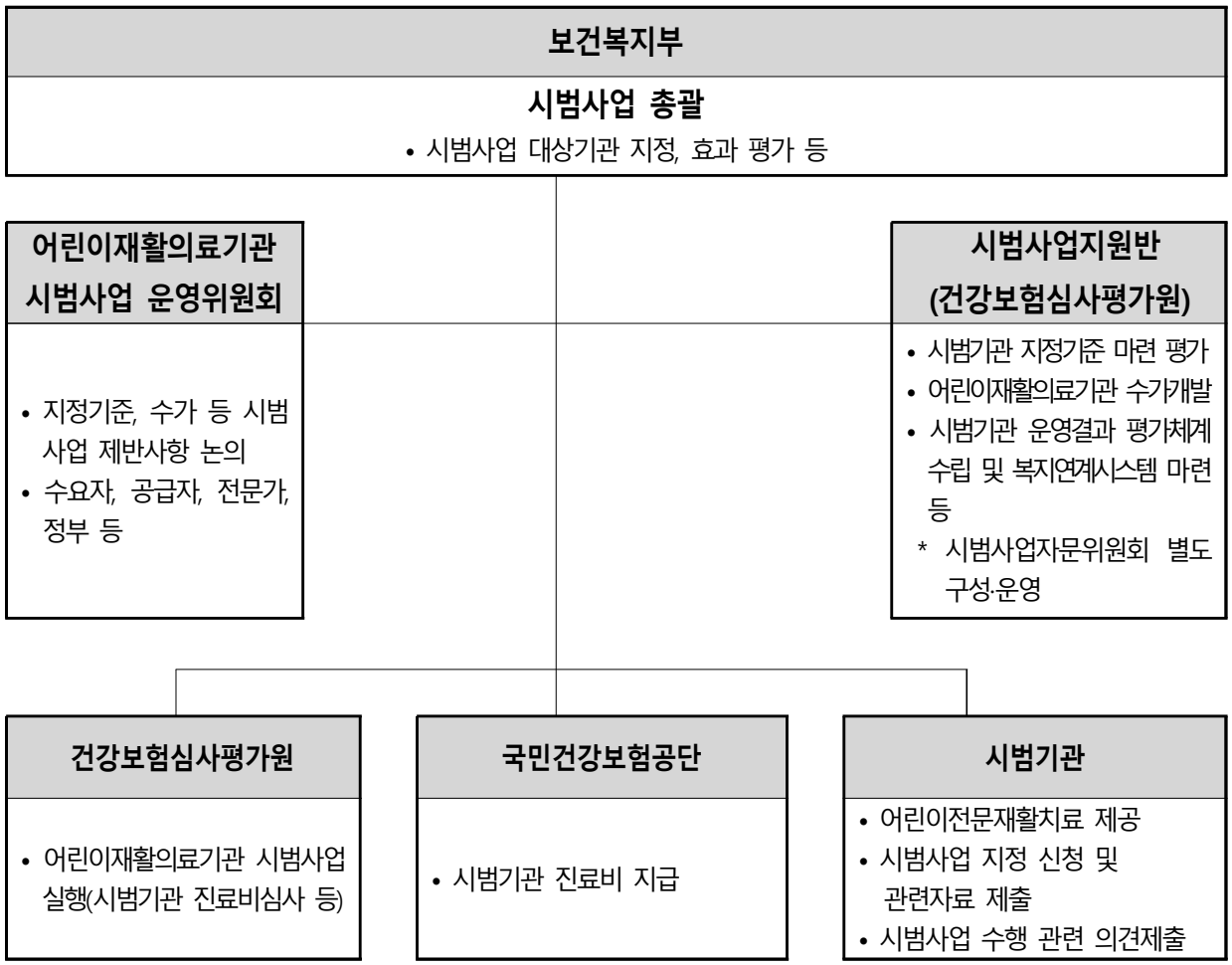
기간	분류번호	코드	분류
24개월	자-462		혈종제거를 위한 개두술 Craniotomy for Evacuation of Hematoma
		S4621	가. 경막하 혹은 경막외 Subdural or Extradural
		S4622	나. 뇌실질내 Intracerebral
	자-465		뇌동정맥기형적출술 Operation of Cerebral Arteriovenous Malformation
			가. 뇌실질내 Intracranial
		S4653	(1) 단순 Simple
		S4654	(2) 복잡 Complex
			나. 뇌경막 Dural
		S4655	(1) 단순 Simple
		S4656	(2) 복잡 Complex
			다. 해면성 혈관기형 Cavernous Malformations
		S4657	(1) 단순 Simple
		S4658	(2) 복잡 Complex
	자-467-1	S4671	척수동정맥기형수술 [척수혈관종 포함] Operation of Spinal Arteriovenous Malformation
	자-468		중추신경계기형수술 Operation of CNS Anomaly
		S4681	가. 대뇌류 Encephalocele
		S4682	나. 척수수막류 Myelomeningocele
		S4684	다. 지방척수수막류 Lipomyelomeningocele
		S4683	라. 수막류 Meningocele
		S4685	마. 척수결박증 Tethered Spinal Cord
	자-469		척수 경막내 종양 및 병소절제술 Excision of Intradural Tumor or Lesion
			가. 경추 Cervical Spine

기간	분류번호	코드	분류
24개월		S6691	(1) 3구간 미만
		S6692	(2) 3구간 이상
			나. 흉추 Thoracic Spine
		S6693	(1) 3구간 미만
		S6694	(2) 3구간 이상
			다. 요추 Lumbar Spine
		S6695	(1) 3구간 미만
		S6696	(2) 3구간 이상
	자-469-1		**척수내 종양 및 병소절제술 Excision of Intramedullary Tumor or Lesion**
		S4694	가. 경추 Cervical Spine
		S4695	나. 흉추 Thoracic Spine
		S4696	다. 요추 Lumbar Spine
	자-470		**척수 경막외 종양 및 병소절제술 Excision of Extradural Tumor or Lesion**
			가. 경추 Cervical Spine
		S4704	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body
		S4705	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body
			나. 흉추 Thoracic Spine
		S4706	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body
		S4707	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body
			다. 요추 Lumbar Spine

기간	분류번호	코드	분류
24개월		S4708	(1) 척추경 또는 척추체를 포함하는 경우 Involving Pedicle and/or Vertebral Body
		S4709	(2) 척추경 및 척추체를 포함하지 아니한 경우 without Pedicle and Vertebral Body
	상병코드		상병명
	⑫ 6세 이후 발생한 중도장애 (최초 발병일 기준)		
	C71		뇌의 악성 신생물
	G00-09		중추신경계통의 염증성 질환
	G10-12		일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축
	G20-26		추체외로 및 운동 장애
	G35-37		중추신경계통의 탈수초질환
	G40-41		뇌전증 및 뇌전증지속상태
	G50-59		신경, 신경근 및 신경총 장애
	G60-64		다발신경병증 및 말초신경계통의 기타 장애
	G70-73		신경근접합부 및 근육의 질환
	G82-83		사지마비, 말총증후군, 기타 마비증후군
	G90-99		신경계통의 기타 장애
	I60-69		뇌혈관질환
	T90-98		손상, 중독 및 외인에 의한 기타 결과의 후유증
	분류		
	⑬ 척수성 근위축증 환자에서 스핀라자주, 에브리스디건조시럽 급여기준에 해당되어 해당 약제 투여 시(최초 투여일 기준)		

6 시범사업 추진체계 및 운영

○ 시범사업 추진체계도



○ 수행주체별 역할

- 보건복지부

  • 어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업(이하 '시범사업'이라 한다)에 관한 주요 정책 결정 등 시범사업을 관장한다.

- **어린이 재활의료기관 시범사업 운영위원회**

  - 시범사업의 원활한 운영을 위하여 다음사항을 심의한다.

  ① 시범사업 수행기관 지정기준 마련

  ② 어린이 재활시범기관 권역설정

  ③ 기타 시범사업 관련 검토 필요사항

- **시범사업지원반(건강보험심사평가원)**

  - 지정평가분야

  ① 시범사업 운영업무 총괄

  ② 지정기준 설정 및 지정평가

  ③ 운영과정 모니터링

  ④ 연구용역 추진 등을 통한 사업평가 수행

  - 수가 및 기준분야

  ① 수가 개발(단위당 수가 신설을 위한 기초작업, 환자평가, 요양기관 조사, 자료수집·분석 및 지역사회연계 등 포함)

  ② 어린이 재활의료기관 수가관련 세부사항 마련

  ③ 수가 청구방법 및 전산 개발

  - 시범사업자문위원회 구성·운영

- **시범사업 수행기관**

  ① 어린이 전문재활팀이 환자 상태를 종합적으로 평가하고 환자 맞춤식 치료계획을 수립하여 체계적인 재활서비스 제공

  ② 시범사업지침 등 관련규정을 준수하고 시범사업에 수반되는 각종 자료를 작성·제출

  ③ 시범사업 수행관련 애로사항 및 건의사항 보고(필요시)

7 시범사업 기관 지정기준

가. 필수진료과목

재활의학과를 두어야한다.

나. 인력기준

○ 필수인력은 상근하는 재활의학과전문의, 물리치료사, 작업치료사, 언어재활사, 사회복지사 및 간호사*이며, 선택인력으로 임상심리사를 둘 수 있다. 시범사업 기관은 필수인력과 선택인력을 고려하여 다직종팀을 구성 하여야한다.

* 간호사는 입원 및 낮병동 병상을 운영할 경우 필수인력임

○ 의료인 및 의료기사의 자격은 의료법에 준하며 해당 의료기관에서 상근하여야하며 각 인력당 최소기준은 다음과 같다.

<표 3> 각 인력당 최소기준

구 분	최소기준		다직종 팀 구성
필수 인력	재활의학과 전문의	1인 이상	- 재활의학과 전문의 포함 4개 직종 이상
	물리치료사	1인 이상	
	작업치료사	1인 이상	
	간호사 * 입원(낮병동 포함) 병상을 운영할 경우	1인 이상	
	언어재활사	1인 이상	
	사회복지사	1인 이상	
선택 인력	임상심리사	1인 이상	

다. 시설기준

어린이전문재활치료를 위한 물리치료실, 작업치료실, 언어치료실을 구비하여야 하며 각 치료실의 기준은 다음과 같다

<표 4> 각 치료실별 면적기준

구 분	병·의원	기준	비고
필수 시설	소아물리치료실 (운동치료실)	33㎡ 이상	• 어린이 재활치료를 위한 독립된 공간으로 운영
	소아작업치료실	18㎡ 이상	
	소아언어치료실	9㎡ 이상	

라. 장비기준

각 치료실별 다음의 필수장비를 구비하여야 한다.

<표 5> 각 치료실별 필수장비

구 분		병·의원
필수 장비 기준	소아물리 치료실 (13종)	하지 에르고미터(소아용) 치료용 매트(소아용) 치료용 벤치(소아용) 치료용 계단(소아용) 기능적 전기자극치료기(FES)(소아용) 전기자극치료기(EST)(소아용) 치료용 볼(소아용) 치료용 롤(소아용) 보행기(소아용) 기립훈련기(소아용) GMFM 평가도구 (매뉴얼 포함) 보바스 테이블(소아용) 호흡기능 평가도구
	소아작업 치료실	작업치료테이블(소아용) 자세유지기구(피더시트 등) 발달평가 도구: 베일리 발달평가, 덴버 발달검사

구 분		병·의원
	(10종)	일상생활동작 평가 도구(소아용) 손기능평가 도구(소아용) 인지기능 훈련도구/교구(소아용) 전산화인지재활치료 기기(소아용) 일상생활동작 연습기구(식사기구 등) 연하장애 전기자극치료기(소아용) 감각통합치료도구(소아용)
	소아언어 치료실 (6종)	영유아·아동 언어발달검사(SELSI) 취학전 아동의 수용·표현 언어검사(PRES) 수용·표현 어휘력검사(REVT) 학령기 아동 언어검사(LSSC) 아동용 한국판 보스턴 이름대기 검사(K-BNT-C) 우리말 조음음운 학습 및 평가도구(U-TAP)

마. 어린이 재활치료 환자 수

해당 의료기관에서 건강보험요양급여비용 이학요법료 제3절 전문재활치료료(단, 근막동통유발점 주사자극치료 제외) 또는 어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 중 '전문 재활치료료'로 분류된 항목을 받은 18세 이하 연환자수가 100명 이상이어야 함

<표 6> 어린이 재활치료 환자 수

구 분	내 용
어린이 재활치료 환자 수	평가대상 기간 중 해당 의료기관에서 전문재활치료를 받은 18세 이하 환자의 연환자수*로 산출 * 입원환자는 재원일수, 외래환자는 내원일수로 산정하여 합산) (입원환자 1일을 외래환자 2명으로 환산)

바. 상대평가

지정기준을 충족한 신청기관이 지정규모(수도권 권역별 최대 7개소, 비수도권 권역별 최대 3개소)를 초과할 경우 상대평가로 순위화하여 대상기관을 선정한다.

※ 상대평가 점수가 동일한 경우 <표7> 어린이 재활환자 구성비율이 높은 기관 우선 지정

<표 7> 상대평가 항목별 가중치

평가 대상		가중치
진료량	절대 진료량	20%
	권역 내 상대 진료량	20%
어린이재활 환자구성비율	구성비율	22.5%
	실환자 수	22.5%
학령기청소년기 환자비율		5%
의료인력 1인당 환자수	재활의학과 전문의	4%
	물리치료사	2%
	작업치료사	2%
	언어재활사	2%
	간호사	가점 2%(근무 시)
	임상심리사	가점 2%(근무 시)
합계		**100%(가점 4%)**

<표 8> 평가 항목별 구간 및 구간별 배점

배점	평가 항목								
	진료량(40%)		어린이 재활환자 구성비율(45%)		학령기 청소년기 환자비율 (5%)	의료인력 1인당 1일 환자수			
	절대 진료량[1]	상대 진료량[2]	구성 비율[3]	실환자 수[4]		재활 의학과 전문의 (4%)	물리 치료사 (2%)	작업 치료사 (2%)	언어 재활사 (2%)
10점	25,000명 이상	100%	90% 이상	300명 이상	20% 이상	45명 이하	6명 이하	9명 이하	6명 이하
8점	25,000명 미만~ 20,000명 이상	100%미만~ 80%이상	90% 미만 ~ 70% 이상	300명 미만 ~200명 이상	20% 미만 ~ 15% 이상	45명 초과~ 55명 이하	6명 초과~ 9명 이하	9명 초과~ 12명 이하	6명 초과~ 9명 이하
6점	20,000명 미만~ 15,000명 이상	80%미만 ~ 60%이상	70% 미만 ~ 50% 이상	200명 미만 ~150명 이상	15% 미만 ~ 10% 이상	55명 초과~ 65명 이하	9명 초과~ 12명 이하	12명 초과~ 15명 이하	9명 초과~ 12명 이하
4점	15,000명 미만~ 10,000명 이상	60%미만 ~ 40%이상	50% 미만 ~ 30% 이상	150명 미만 ~100명 이상	10% 미만 ~ 5% 이상	65명 초과~ 75명 이하	12명 초과~ 15명 이하	15명 초과~ 18명 이하	12명 초과~ 15명 이하
2점	10,000명 미만~ 5,000명 이상	40%미만 ~ 20%이상	30% 미만 ~ 10% 이상	100명 미만 ~ 20명이상	5% 미만	75명 초과~ 90명 이하	15명 초과~ 20명 이하	18명 초과~ 20명 이하	15명 초과~ 20명 이하

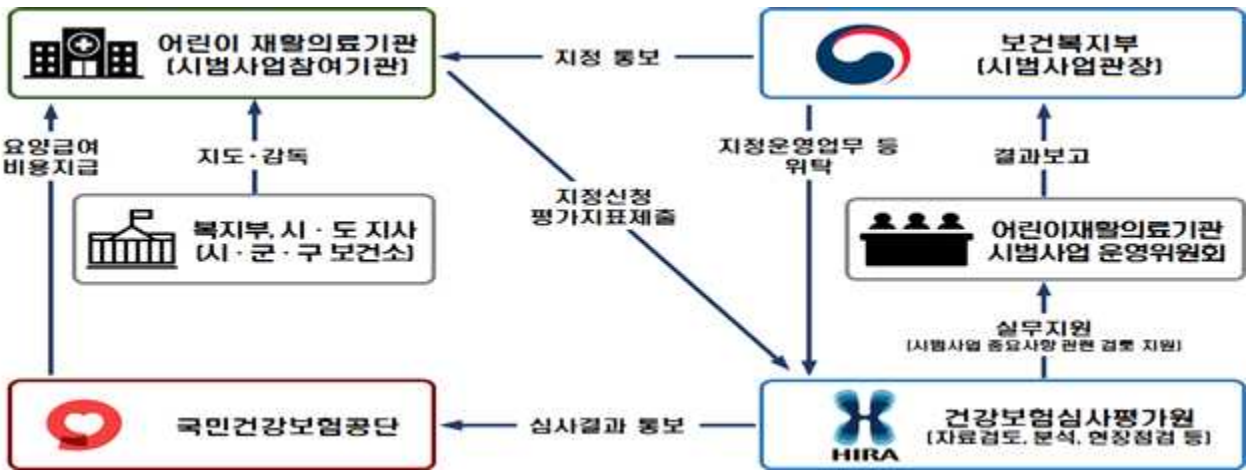
1) 절대진료량: 18세 이하 전문재활치료를 받은 환자
2) 상대진료량: (권역 내 대상 기관수-권역 내 대상기관 중 절대진료량 순위+1)/권역 내 대상 기관수x100
3) 구성비율 = (18세 이하 전문재활치료환자 수) / (전체전문재활환자 수)x100
4) 실환자 수= 18세 이하 전문재활치료를 받은 실환자 수
5) 학령기 청소년기 환자비율 = (6세 이상~18세 이하 전문재활치료 환자) / (전체 전문재활환자)x100
6) 의료인력 1인당 1일 환자수 = (전체전문재활환자) / (의료인력 총 재직일수)

제2장
시범사업 운영

1 사업 내용

가. 사업개요

* 지정 및 운영절차



나. 주요 내용

1) 전문재활치료가 필요한 어린이 환자를 타 권역으로 이동하지 않고 거주 권역 내 어린이 재활의료기관을 이용토록 유도한다.

○ **(시범사업 수행기관)** 해당 의료기관이 소재하는 권역 거주 환자를 우선 진료할 수 있도록 노력하고 의료기관간 연계 협력을 통해 타지역 거주 환자를 해당 지역 소재 어린이 재활의료기관으로 의뢰한다.

○ **(복지부, 심사평가원)** 제도 도입 취지와 아울러 시범사업 수행기관을 안내하고, 전문재활치료가 필요한 환자가 재활의료기관을 인지하고 이용하도록 방안을 모색·지원 한다.

2) 어린이 재활전문의를 중심으로 구성된 다직종 재활전문팀이 통합기능평가 및 통합생애 주기별 발달단계를 고려한 재활치료를 수행한다.

○ **(시범사업 수행기관)** 환자별로 적정한 치료단계에 통합어린이재활평가를 작성하고, 재활전문의를 필수로 다직종 재활전문팀을 구성해 통합어린이재활평가 결과를 고려하여 적절한 재활치료를 시행하되 통합계획관리를 적정 시기에 작성한다.

○ 다직종 재활전문팀은 재활전문의가 중심이 되어 당해 환자치료에 직접적으로 참여하는 치료사, 사회복지사 등과 모여 치료계획수립, 치료성과 점검, 퇴원계획 등을 실시하고 각 자료들은 심사평가원으로 제출한다.

○ 사례회의를 포함한 다직종 팀 단위 회의를 시행하고, 회의록(일시, 회의시간, 참여인원, 관련 내용, 담당의사의 검토의견)을 작성·보관한다.

3) 시범기관이 속한 권역 내 거주하는 어린이 환자를 집중치료하고 지역 내 교육·돌봄·복지 자원과 연계하는 역할을 적절히 수행했는지를 평가한다.

* 시범사업 운영 적절성(환자평가, 통합계획관리 등), 권역 내 거주하는 어린이 환자 치료 비율, 지역사회 복지서비스 연계 건수 등

○ **(시범사업 수행기관)** 어린이 재활의료기관의 취지에 맞게 권역 내 아동을 치료하고 지역 내 교육, 복지서비스 연계를 위한 활동을 수행하며, 평가에 필요한 자료 제출에 협조한다.

2 시범사업 수행기관 준수사항

가. 시범사업 목적 달성을 위한 노력

○ 권역 내 어린이 재활환자에게 양질의 재활치료를 제공하여 환자가 타지역으로 이동하여 치료를 받아야 하는 부담을 줄이고, 장애 최소화 및 지역사회 연계기관과의 협업을 통하여 어린이 재활환자의 정상적 활동을 지원하기 위해 노력하여야 한다.

○ 어린이 재활의료기관은 시범사업 기간 동안 지역 내 어린이 환자의 구성비율(RI: Relevance Index)을 높일 수 있도록 노력하여야 한다.

나. 지정기준의 유지 및 향상

○ 어린이 재활의료기관은 양질의 재활의료서비스 제공을 위해 지정기준의 유지 및 향상을 위하여 노력하여야 한다.

- 필수 진료과목, 의료 인력, 시설, 장비, 어린이 재활치료 환자수 모니터링 결과, 지정기준 미충족으로 시정안내를 받은 경우에는 3개월 내에 미달된 기준을 충족토록 하고 2분기(어린이 재활치료 환자수는 4분기) 동안 연속하여 요건을 갖추지 못할 경우 지정 해제 될 수 있다.

- 또한, 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 사실이 확인된 경우 어린이 재활의료기관 시범기관 지정을 취소할 수 있다.

다. 자료제출 및 현지방문 협조

○ 어린이 재활의료기관은 시범사업 모니터링, 평가 등을 위해 심사평가원 등이 자료제출을 요구할 때에는 지체 없이 제출하여야 한다.

○ 어린이 재활의료기관은 보건복지부, 심사평가원 등이 시범사업 운영과 관련 실태파악이 필요하여 방문, 자료열람 등을 요구하는 경우 협조하여야 한다.

라. 기타 기관 운영관련

○ 기관 내 조직표가 구비되어 있어야 하며, 각 직원별로 업무분장에 대한 규정 또는 직무기술서, 각 직역별로 시행하는 치료 프로토콜을 마련하여야 한다.

○ 어린이 재활치료와 관련한 교육프로그램을 실시하고 교육 관련 회의록을 작성, 보관하여야 한다.

마. 진료설명 및 동의서 작성

○ 어린이 재활의료기관 대상 환자 또는 보호자에게 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업에 관한 내용(치료계획, 지역사회 연계, 개인정보제공, 진료비 등)을 충분히 설명하고, 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용, 제3자 제공 동의서 (별지 제1호 서식)를 작성 받아 보관하여야 한다.

바. 요양급여 안내

○ 환자 및 보호자가 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업을 이해하고 치료를 받을 수 있도록 사업내용에 대하여 적절한 방법으로 안내하여야 한다.

○ 어린이 재활의료기관은 해당 기관이 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 기관임을 환자, 보호자 및 방문객 등이 알 수 있도록 게시하여야 한다.

사. 의무기록 등 성실 작성

○ 어린이 재활의료기관은 진료기록지를 포함한 의무기록, 통합재활기능평가, 통합계획교육상담, 지역사회 연계, 통합재활안전 방문관리 등의 내역을 성실하게 작성하여 보관하여야 한다.

○ 통합계획교육상담은 재활의학과 전문의 주관 하에 간호사, 물리치료사 등 각 분야별 담당자가 모여서 환자상태를 보고 작성하여야 한다.

아. 지역연계 활동 관련 교육

○ 어린이 재활의료기관의 사회복귀 담당자 등은 중앙장애인보건의료센터에서 시행하는 지역연계 활동 관련 기본교육을 이수하여야 한다.

○ 교육은 연 1회 이수하며, 이수증은 보건의료자원통합신고포털을 통해 심사평가원에 제출하여야 한다.

제3장
시범사업 요양(의료)급여비용 산정

1 요양(의료)급여 기준

가. 급여의 담당

보건의료기본법 제34조 및 동법 제44조, 장애인복지법 제17조 및 동법 제18조에 따라 보건복지부장관이 어린이 재활의료기관으로 지정한 요양기관이 요양(의료)급여를 담당한다.

나. 급여의 대상자

「국민건강보험법」에 의한 가입자 또는 피부양자 및 「의료급여법」에 의한 수급권자로 제1장 5. 사업대상의 다. 대상환자로 하며, 세부 적용기간은 라. 요양(의료)급여비용 산정 기간과 같다.

다. 요양(의료)급여의 범위

1) 국민건강보험법 제41조제2항 및 의료급여법 제7조제2항에 의한다.

2) 다만, 국민건강보험 요양급여의 기준에 관한 규칙 제9조제1항에도 불구하고 본 지침 [별표1] 「어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」, 어린이 재활의료기관 통합재활기능평가료에 해당하는 항목은 요양급여 대상으로 한다.

라. 요양(의료)급여 비용의 일부부담

국민건강보험법 제44조 및 같은 법 시행령 제19조제1항(의료급여법 제10조 및 동법 시행령 제13조제1항)의 규정을 적용한다.

마. 요양(의료)급여 비용의 전액부담

‘어린이 재활의료기관 지역사회연계료 - 현장방문활동’, ‘어린이 재활의료기관 통합재활안전 방문관리료’를 산정하는 경우 교통비는 소요시간, 방문지역 등에 불문하고 1회 108.30점(코드는 IB900)을 환자 본인이 전액 부담한다.

2 요양(의료)급여 산정 일반원칙

가. 어린이 재활의료기관이 요양(의료)급여를 실시하고 이에 대한 비용을 산정할 때에는 본 지침의 「제3장 4. 급여목록 및 상대가치점수」와 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 각 장의 행위 분류항목의 상대가치점수(이하 "점수"라 한다)에 점수당 단가를 곱하여 산정하며, 점수당 단가와 각종 가감률 금액 산출 방법은 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제1부 Ⅰ. 일반기준 제1호 및 제2호를 적용한다.

나. '어린이 재활의료기관 통합재활기능평가료', '어린이 재활의료기관 재활치료료', '어린이 재활의료기관 지역사회연계료', '어린이 재활의료기관 통합재활안전 방문관리료' 및 「건강보험 행위급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 각 장의 행위분류 항목은 제1편 제1부 Ⅱ. 요양기관 종별 가산율을 적용한다.

다. '어린이 재활의료기관 통합계획교육상담료' 및 '어린이 재활의료기관 교통비'는 종별가산 및 소아·공휴·야간 등 각종 가산을 적용하지 아니한다.

3 수가 산정지침

가. 어린이 재활의료기관 통합재활기능평가료(이하 '통합재활기능평가료' 라 한다)

1) 질환군 및 발달단계 등을 고려하여 의사가 필요하다고 판단되는 평가영역에 대하여 표준화된 척도를 활용한 평가를 실시하고, 청구 전에 통합재활기능평가 서식(별지 제2호 서식)의 내용을 건강보험심사평가원 요양기관업무포털(이하 정보시스템)에 작성·제출한 경우 산정한다.

2) 평가영역별 세부 내용은 <표 1>과 같으며, 평가영역별 기능평가항목은 <표 2>와 같다.

<표 9> 평가영역별 세부 내용

구분	세부 내용
전 영역	전 영역의 전반적 지연 혹은 이상이 있어 전 범위에 걸친 재활치료가 필요한 경우
운동기능 영역	운동영역의 지연 혹은 이상으로 물리치료, 작업치료 등 재활치료가 필요한 경우
인지언어기능 영역	인지, 언어 영역 위주의 재활치료가 필요한 경우

<표 10> 평가영역별 기능평가항목

기능 평가		전영역		운동 기능영역	인지언어기능영역	
		I	II		I	II
일상생활동작검사 또는 GMFM[1]		○	○	○	○	○
버그 균형검사		○	○	○		
MACS[2]		○	○	○	○	○
도수근력검사		○	○	○		
관절가동범위검사		○	○	○		
언어전반 진단검사[3]	SELSI	○			○	
	PRES, LSSC, U-TAP		○			○

* 일상생활동작검사 또는 GMFM은 대상환자별로 전·후 비교가 가능하도록 인정기간동안 일관된 기능평가 항목을 제출해야함

<예시1> 최초 평가에 도구적 일상생활능력검사 제출 시 마지막 평가까지 도구적 일상생활능력검사 제출
<예시2> 최초 평가에 GMFM-88 제출 시 마지막 평가까지 GMFM-88 제출
1)Gross Motor Function Measure, 전체운동기능측정
2)Manual Ability Classification System, 손기능 분류시스템
3)SELSI(Sequenced Language Scale for infants, 영유아 언어발달검사)
PRES(Preschool Receptive-Expressive Language Scale, 취학전 아동의 수용언어 및 표현언어 발달척도)
LSSC(Language Scale for School-aged Children, 학령기 아동언어검사)
U-TAP(Urimal Test of Articulation and Phonology, 우리말 조음음운검사)

3) 통합재활기능평가는 재활치료 시작 전*, 시범사업 종료시점에 평가를 필수적으로 시행하고 관련 서식을 제출한다.

6개월 이상 재활치료를 계속 시행하는 경우 통합재활기능평가는 최초평가 시행 후 183일 이내 추가로 평가를 시행하며, 이후 183일이내에서 추가로 평가를 반복 시행하고 관련서식을 제출한다.

* 단, 부득이한 경우 재활치료시작일 기준으로 90일 이내에 최초평가를 시행하고 관련서식을 제출한다.

** 위에 기재된 기한내 통합재활기능평가료 서식이 제출되지 않을 경우 재활치료료 수가 산정은 불가하다

4) 나661 도수근력검사, 나661-1 버그균형검사, 너771 일상생활동작검사, 너773 관절가동범위검사, 노688 발음 및 발성검사, 노689 언어전반진단검사는 별도 산정하지 아니한다.

5) 노689 언어전반진단검사는 통합재활기능평가료에 포함된 4개 항목(SELSI, PRES, LSSC, U-TAP) 이외는 별도 산정하지 아니한다.

6) 노-693 영유아발달검사(한국판덴버발달검사), 노-694 덴버발달검사는 발달수준 6세 이하에서 전반적인 발달상태 파악이 필요한 경우에 한하여 연 1~2회 이내 산정할 수 있다.

7) 비급여 검사를 시행한 경우 청구 시 'L항 어린이 재활의료기관 행위 내역'에 항목, 시행횟수 및 관행단가를 기재토록 한다.

나. 어린이 재활의료기관 통합계획교육상담료 (이하 '통합계획교육상담료'라 한다)

1) 어린이 전문재활팀*이 동시에 모여 환자 사정**, 치료계획 수립***, 치료성과 점검***, 퇴원계획(지역사회 연계 등)***, 보호자(환자) 상담 및 교육***을 실시한 경우에 산정한다.

* 재활의학과 전문의 1인을 포함한 각 직종의 전문가(물리치료사, 작업치료사, 언어재활사, 사회복지사, 간호사, 임상심리사, 유관 진료과목 전문의) 4인 이상으로 구성

** 단, 불가피한 경우에는 각각 환자 사정을 실시할 수 있다.

*** 단, 불가피한 경우에는 각각 비대면(서면, 영상회의 등)으로 실시할 수 있다.

2) 치료계획 수립과정에서 보호자(환자)가 반드시 참여하여 치료계획을 이해하고 가족의 역할 등을 수행할 수 있도록 개인별 맞춤 교육 및 상담(30분 이상)을 실시한 경우에 산정한다.

3) 모든 참여 직종이 통합계획교육상담 서식(별지 제3호 서식)을 각각 작성하여 청구 전에 정보시스템에 제출한 경우에 산정한다.

4) 시행간격은 최소 30일 이상으로 한다.

다. 어린이 재활의료기관 재활치료료 (이하 '재활치료료'라 한다)

1) 재활치료료는 15분을 시행한 경우 1회 산정하며, 1일 최대 16회(4시간)이내에서 산정한다.

2) 15분 미만으로 시행한 경우에는 산정하지 아니하며, 실시 시간은 치료를 시작한 시간을 기준하여 산정한다.

3) 재활치료료에 해당하는 항목은 [별표1] 「어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」에 따르며, 시범사업 기간 동안 해당 항목은 별도 산정하지 아니한다.

4) [별표1] 「어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」이 외의 행위 비급여 항목은 별도 산정하지 아니한다.

5) [별표1] 「어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」 2) 재활치료료Ⅱ에 해당하는 항목을 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 시행한 경우에 재활치료료Ⅲ으로 산정하며, 산정코드 세 번째 자리에 1로 기재한다.

6) [별표1] 「어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」 3) 재활치료료Ⅲ에 해당하는 항목 중 전문재활치료료는 치료사가 1인의 환자를 1대 1로 시행한 경우에 산정한다.

7) 재활치료료는 [별표3] 「어린이 재활의료기관 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침」을 적용한다.

라. 어린이 재활의료기관 지역사회연계료 (이하 '지역사회연계료'라 한다)

1) 지역사회 서비스 의뢰 계획을 환자 및 보호자에게 설명하고, 보호자(환자)가 개인정보를 해당 기관에 제공하는 것에 동의한 경우에 한하여 산정한다.

2) 기관 내 활동

가) 사회복지사가 환자에게 필요한 기관(교육기관 등)에 연계를 위하여 지역사회연계 의뢰서-기관 내 활동(별지 제4호 서식)을 보내고, 지역사회연계 수신결과(별지 제4호의2 서식)를 청구 전에 정보시스템에 작성·제출한 경우 산정한다.

나) 연계 기관별 연 1회 산정하며, 연간 3개 기관 이내로 산정한다.

3) 현장 방문활동

가) 사회복지사가 환자에게 필요한 기관(교육기관 등)에 보호자(환자)와 함께 방문하고, 지역사회연계 의뢰서 - 현장 방문활동(별지 제5호 서식)을 청구 전에 정보시스템에 작성·제출한 경우에 산정한다.

나) 연계 기관별 연 1회 산정하며, 연간 2개 기관 이내로 산정한다.

다) 동일 기관에 '지역사회연계료-기관 내 활동'과 함께 시행한 경우, 주된 항목만 산정한다.

마. 어린이 재활의료기관 통합재활안전 방문관리료 (이하 '통합재활안전방문관리료' 라 한다)

가) 사회복지사 1인 및 재활치료 전문가(작업치료사 등)로 구성된 2인 이상의 인력이 환자가 거주할 주택을 방문하여, 주택 개·보수 및 돌봄 환경 개선 등을 위해 주거 및 생활(돌봄) 환경을 평가하고, 청구 전에 통합재활안전 방문관리 서식(별지 제6호 서식)을 정보시스템에 작성·제출한 경우에 산정한다.

나) 방문 전 보호자(환자)에게 주택 개보수 등에 대하여 설명 후 동의하에 시행한다.

다) 연간 1회에 한하여 산정할 수 있으며, 사-128 재활사회사업-가정방문과 동시에 산정하지 아니한다.

4 급여목록 및 상대가치점수

분류번호	코드	분 류	점수
어린이재활		**어린이 재활의료기관 통합재활기능평가료**	
		가. 전영역	
	IB901	(1) Ⅰ	1,552.29
	IB902	(2) Ⅱ	1,757.64
	IB910	나. 운동기능영역	1,265.01
		다. 인지언어기능영역	
	IB921	(1) Ⅰ	819.66
	IB922	(2) Ⅱ	1,025.01
		어린이 재활의료기관 통합계획교육상담료	
		가. 초회	
		(1) 4인	
	IB931	(가) 병원급 이상	987.52
	IB932	(나) 의원	843.30
		(2) 5인이상	
	IB933	(가) 병원급 이상	1,186.96
	IB934	(나) 의원	1,013.61
		나. 2회 이상	
		(1) 4인	
	IB935	(가) 병원급 이상	691.27
	IB936	(나) 의원	590.31
		(2) 5인이상	
	IB937	(가) 병원급 이상	830.87
	IB938	(나) 의원	709.53
		어린이 재활의료기관 재활치료료	
	IB940	가. 재활치료료 Ⅰ	40.37
	IB950	나. 재활치료료 Ⅱ	90.44

분류번호	코드	분 류	점수
	IB960	다. 재활치료료 III	213.73
	IB961	주: 6세 미만 소아에게 시행한 경우에는 소정점수의 30%를 가산한다.	277.85
		어린이 재활의료기관 지역사회연계료	
	IB970	가. 기관 내 활동	314.23
	IB980	나. 현장 방문활동	618.22
	IB990	**어린이 재활의료기관 통합재활안전 방문관리료**	956.71
	IB900	**어린이 재활의료기관 교통비**	108.30

※ 제3장 시범사업 요양(의료)급여비용 산정 1. 요양(의료)급여 기준 가. 급여의 담당에도 불구하고, '22년부터 「공공어린이 재활병원·센터」 개원 시 제1장 시범사업 개요 4. 사업기간 동안 5. 사업대상의 다. 대상환자에 해당하는 경우 제3장·제4장에 따라 상기 수가를 산정할 수 있으며, 제2장 시범사업 운영 2.시범사업 수행기관 준수사항 중 '다, 마, 바, 사, 아'를 준수해야 한다.

[별표1] 어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록

가. 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 치료사가 실시 후 실시 시간 및 결과를 진료기록부에 기록하는 경우에 산정한다.

나. 어린이 재활의료기관 재활치료료에 해당되는 항목은 다음의 수가목록에 의한다.

- 다 음 -

1) 재활치료료 I

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN010	표층열치료	10.58	기본 물리치료료
	주 : 1. 온습포, 적외선치료 등을 포함한다.		
IN015	2. 같은날 「사-102」와 동시에 실시한 경우에는 소정점수의 50%를 산정한다.	5.29	
	한냉치료		
IN011	한냉치료-가. 콜드팩	11.48	
IN012	한냉치료-나. 냉동치료	16.54	
IN020	심층열치료	15.08	
	주 : 초음파치료, 극초단파치료, 초단파치료 등을 포함한다.		
IN030	자외선치료	6.34	
IN070	경피적 전기신경자극치료	46.95	
IN080	주 : 간섭파전류치료를 실시한 경우에도 소정점수를 산정한다.		
IN090	마사지치료	60.94	
IN101	단순운동치료	67.23	
IN042	파라핀욕	28.88	단순 재활치료료
IN041	수치료-가. 증기욕치료	55.38	
IN043	수치료-나. 정규욕조치료	90.91	

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN049	수치료-다. 대조욕치료	96.69	
IN044	수치료-라. 회전욕치료(수, 족, 지)	84.00	
IN045	수치료-마. 회전욕치료(전신)	94.93	
IN046	수치료-바. 하버드탱크 치료	129.70	
IN170	유속치료	50.39	
IN051	간헐적 견인치료-가. 경추견인	85.88	
IN052	간헐적 견인치료-나. 골반견인	86.11	
IN060	전기자극치료-가. 마비근 치료	70.70	
IN061	전기자극치료-나. 근력강화 치료	70.70	
IN085	재활저출력레이저치료	70.14	
IN102	운동치료-가. 복합운동치료	105.21	
IN103	운동치료-나. 등속성 운동치료	117.63	
IN190	압박치료	77.05	
IN200	복합림프물리치료	155.25	
IN121	이온삼투요법	91.24	
	주 : 사용한 스테로이드 약제는 “약제 급여 목록 및 급여 상한금액표”에 따라 실사용량으로 산정하며, 사용된 재료대 등은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
IN300	적외선치료	9.21	기타
IN303	상기도 증기흡입치료	24.27	이학요법료
	주: Disposable Nebulizer Kit, Mask 재료대는 별도 산정하지 아니한다.		
IN310	자외선치료	7.23	
IN320	약욕	134.10	
	피부과적 자외선치료		
	주 : 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 실시한 경우에 한하여 산정한다.		

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN331	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	68.95	
IN332	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	77.07	
IN333	다. 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	85.19	
IN334	라. 전신대부분의 범위 [37% 이상의 범위]	95.82	
	피부광화학요법 주 : 1. 피부과 전문의가 상근하는 요양기관에서 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 건선, 유건선, 균상식육종, 편평태선, 장미색 비강진 등에 실시한 경우에 산정한다.		
IN341	가. 상지(하지의 반)의 대부분의 범위 또는 두부, 경부 및 안면의 대부분의 범위 [9%의 범위]	163.07	
IN342	나. 하지의 1지, 복부 또는 배부에 준하는 범위 [18%의 범위]	189.80	
IN343	다. 양하지 또는 동체(복부 및 배부)에 준하는 범위 [36%의 범위]	210.77	
IN344	라. 전신대부분의 범위 [37% 이상의 범위]	294.40	
IN350	고빌리루빈혈증에 대한 광선요법 주 : 신생아황달을 치료한 경우에 산정한다.	338.55	
IN360	간헐적호흡치료 (양압호흡 또는 음압호흡)	604.01	
IN380	Air Fluidized Therapy [실리콘 베드]	628.34	
IN420	신경인성 장훈련 치료 주 : 척수손상, 뇌졸중, 두부손상, 말초신경손상 등으로 인해 스스로 배변을 하지 못하는 신경인성 장 환자에게 손가락 자극, 손가락을 이용한 분변제거, 복부마사지 등의 방법으로 배변반사를 자극하고 배변을 유도하는 경우에 산정한다. 이 경우 직장 분변제거술 및 직장마사지는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	204.17	
IN430	고빈도 흉벽진동요법	190.90	

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN451	심장재활-가. 심장재활교육	308.64	
IN460	기립경사훈련	428.27	
IN031	항문직장 및 골반근의 생체되먹이기치료	405.19	
IN032	분사신장치료	166.99	
	주 : 치과의사가 근막내 동통유발점에 기화성 냉각제 분사후 스트레치운동을 시술한 경우에 산정하되 사용된 냉각제의 비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
IN034	요실금 전기자극 치료	133.19	
IN035	체위성안진교정치료 [기기 사용료 포함]	470.15	
IN036	악관절고착해소술	190.82	
	주 : 치과의사가 측두하악장애환자의 급·만성 과두 걸림이 있는 경우 하악과두운동을 도수적으로 실시한 경우에 산정한다.		

2) 재활치료료 II

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN111	작업치료-단순작업치료	61.30	전문
IN120	신경인성 방광훈련 치료	260.00	재활치료료
	주 : 척수손상, 뇌졸중, 두부손상, 말초신경손상 등으로 인해 스스로 배뇨를 하지 못하는 신경인성 방광환자에게 배뇨반사를 자극하고 방광내압의 증가, 요도괄약근이완 등의 방법으로 배뇨를 유도하면서 간헐적으로 도뇨를 시행하는 경우에 산정한다. 이 경우 도뇨는 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.		
IN151	기능적전기자극치료	213.72	
IN290	호흡재활치료	96.22	
IN301	재활기능치료-가. 매트 및 이동치료	213.46	
IN302	재활기능치료-나. 보행치료	204.03	
IN008	연하재활 기능적전기자극치료	219.96	

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN400	양위 양압호흡치료	1,642.75	기타
IN440	만성호흡부전 재활치료-가. 폐질환 운동재활치료	700.01	이학요법료
IN441	만성호흡부전 재활치료-나. 호흡근부전 재활치료	1,817.78	
IN452	심장재활-나. 심장재활평가	1,183.57	
IN453	심장재활-다. 심장재활치료	594.88	

3) 재활치료료 Ⅲ

L항 기재코드	항 목	점 수	분 류
IN047	풀치료-가. 보행풀치료	282.82	전문
IN048	풀치료-나. 전신풀치료	443.57	재활치료료
IN105	중추신경계발달재활치료 주 : 중추신경계 장애로 인한 발달지연 및 근육마비와 경직의 치료를 목적으로 보이타 또는 보바스요법 등의 교육과정을 120시간 이상 이수한 재활의학과 전문의나 물리치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 실시한 경우에 산정한다.	262.88	
IN112	작업치료-나. 복합작업치료	120.18	
IN113	작업치료-다. 특수작업치료	173.97	
IN114	일상생활동작 훈련치료	173.80	
IN141	연하장애재활치료	210.02	
IN006	언어치료	-	행위
IN122	도수치료	-	비급여
IN009	전산화인지재활치료[주의·기억]	-	

[별표2] 재활치료료와는 별도로 행위별 산정하는 항목

가. 다음의 항목은 재활치료료와는 별도로 행위별 산정한다.

나. 2020.10.1. 이후 새로운 항목이 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제2부 제7장 이학요법료에 포함되는 경우에는 별도의 안내가 있기 전까지 행위별 산정한다.

- 다 음 -

코드	항 목	점 수	분 류
MM161	운동점차단술 [근육당] Motor Point Block 주 : 동 시술시 사용된 약제, 신경파괴제 등은 소정점수에 포함되어 있으므로 별도 산정하지 아니한다.	425.74	단순 재활치료료
MM131	근막동통유발점 주사자극치료 [1일당] Myofascial Trigger Point Injection Therapy 주 : 1. 근막내 동통유발점에 생리식염수나 국소마취제 등을 주사후 스트레치운동을 실시한 경우에 산정한다.	89.61	전문 재활치료료
MM132	2. 동시에 2 이상의 동통유발점 부위에 각각 실시한 경우에는 실시부위를 불문하고 141.15점을 산정한다.		
	재활사회사업 Rehabilitative Social Work 주 : 1. 재활의학적 치료목적으로 사회복지사가 직접 실시한 경우에 한하여 산정한다. 2. 「가」는 치료기간 중 1회만 산정한다. 3. 「나」, 「다」는 각각 주 1회 산정하되, 치료기간 중 2회 이내만 산정한다.		
MM141	가. 개인력조사 Individual History Taking	228.18	
MM142	나. 사회사업상담 Social Work Counselling	139.86	
MM143	다. 가정방문 Home Visiting	478.35	
MM410	수압팽창술 Hydraulic Distention 주 : 투시비용 및 치료과정 중의 스트레치운동비용은 소정점수에 포함되므로 별도 산정하지 아니한다.	718.18	기타 이학요법료

코드	항 목	점 수	분 류
MZ011	증진된 외부 역박동술 Enhanced External Counterpulsation 주: 1. 「선별급여 지정 및 실시 등에 관한 기준」 별표2에 따른 요양급여 적용 2. 최대 약물치료와 경피적 관상동맥 중재술 및 관상동맥 우회로술과 같은 중재적 시술을 시행할 수 없는 불인성(intractable) 만성 안정형 협심증 환자에게 실시한 경우 산정한다.	593.73	기타 이학요법료

[별표3] 어린이 재활의료기관 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침

가. 적용방법

1) 「요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항」 중 이학요법료와 관련된 사항은 '별표3. 나. 세부사항'을 적용하며, 이 외의 사항은 적용하지 아니한다.

2) 「요양급여비용 심사·지급 업무 처리 기준」제4조에 따른 심사지침 중 이학요법료와 관련된 사항은 '별표3. 다. 심사지침'을 적용하며, 이 외의 사항은 적용하지 아니한다.

나. 세부사항

항목	제목	세부인정사항
일반사항	새로운 장비 (저주파 치료기, 미세전류 치료기, 합성전자기파 치료기, 자기치료기, 견인기구, 운동기구, 레이저치료기 등)를 이용한 물리치료 진료수가 산정방법	1. 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수 제1편 제1부 일반원칙 Ⅰ.3항에 "각 장에 분류되지 아니한 항목과 비슷한 진료행위는 가장 비슷한 분류항목에 준용하여 산정"하도록 규정하고 있으므로 새로운 시설, 장비, 기구 등을 사용하더라도 이미 등재된 분류항목 중 가장 비슷한 분류항목에 준용·산정하여야 하며, 준용하기 곤란한 특수 또는 새로운 진료행위에 대하여는 보건복지부장관이 별도로 인정하는 기준에 의하는 것임. 2. 현행 건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수는 장비별 수가체제가 아닌 행위별 수가체제이며, 수입 또는 국내 생산제품일지라도 소정의 수입 또는 제조 허가를 받지 아니한 장비(기구)를 임의로 설치하여 요양급여비용을 산정하거나 환자에게 전액 부담시키는 일이 없도록 유의하여야 함. (가) 저주파치료기(미세전류치료기 포함) : 사104 경피신경자극치료 적용EMI(Electric Acuscop Myopulse), Somadyne, Achrotone, Intelect-600 mp, Mens 1-Super

항목	제목	세부인정사항
		(나) 합성전자기파치료기 : 사101 적외선치료 적용 TDP, Aladdin-H, SEMS (다) 자기치료기: 사102 심층열치료 적용 Magentic Field Therapy, 알파트론, 코스노 감마, 열전 마그네틱(국산) (라) 견인기구 : 사112 간혈적 견인요법 적용Vertetrac (마) 운동기구 : 운동요법 각 해당수가 적용Medx, NORSK(KEBO), Toning Table, Cybex (바) 레이저치료기 : 사115 레이저 치료 적용스타빔 (Star Beam SP-3000 또는 SP-7000)을 이용 (고시 제2007-139호, '08.1.1.시행)
	병실왕진료 (물리치료)	해당 이학요법료의 소정점수를 산정함. (고시 제2000-73호, 기결정)
사33 피부과적 자외선 치료	사33 피부과적 자외선치료 인정기준	사33 피부과적 자외선치료의 인정기준은 다음과 같이함. - 다 음 - 가. 적응증 1) 건선, 수장족저 농포증, 균상 식육종(Early Patch Stage), 판상유건선, 태선양 비강진(급성, 만성), 장미색비강진, 백반증, 아토피피부염 2) 지루 피부염, 화폐상 피부염, 손습진, 접촉피부염, 결절성 양진, 다형일광 발진, 일광두드러기, 하계 수포증, 편평태선, 색소성담마진, 윤상육아종, 원형 탈모증, 여드름 등에 스테로이드 투여 등 타 치료에 효과가 없는 경우 나. 인정횟수 1) 주3회 이내로 인정하고, 피부과적 자외선치료 전 최소홍반량검사(MED test; Minimal Erythema Dose test)는 피부과 전문의 판단 하에 실시토록 함. 2) 피부과적 자외선치료를 장기간 시행하는 경우에 병변은 호전되어도 자외선 조사범위는 축소되지 않으므로 계속하여 동일범위 산정 시 인정함. (고시 제2015-139호, '15.8.1 시행)

항목	제목	세부인정사항
사36 간헐적 호흡치료 (양압호흡 또는 음압호흡)	비침습적 방법으로 실시한 CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)요법의 수가 산정방법	NCPAP(Nasal Continuous Positive Airway Pressure) 등 비침습적 방법으로 실시한 CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) 요법은 사36 간헐적호흡치료(양압호흡 또는 음압호흡) [1일당]으로 산정함. (고시 제2019-315호, '20.1.1. 시행)
사102 심층열 치료	수·족지 관절에 실시한 간접 초음파 치료의 인정여부	간접법에 의한 초음파치료는 수중에서 sound head를 치료부위와 일정 간격을 두고 움직이면서 실시하는 방법으로 그에 따른 충분한 치료효과가 인정되므로 수·족지 관절에 실시한 간접초음파 치료는 사102 심층열 치료로 산정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1.시행)
사104 경피적 전기신경 자극치료	전자침(Silver Spike Point, SSP)의 급여여부	경피적 전기침 자극요법인 전자침(Silver Spike Point, SSP)은 전기자극을 이용한 통증관리요법이므로 사104 경피적 전기신경자극치료로 산정하되, 경피적 전기신경 자극치료와 동시 시행시는 한가지 치료만 인정함. (고시 제2000-73호, '01.1.1.시행)
사106 단순운동 치료	안면신경마비에 실시한 운동치료 수가 산정방법	Hunt-Ramsay Syndrome시 안면신경마비가 동반될 경우 실시한 운동치료는 사106 단순운동치료 [1일당]의 소정 점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29.시행)
	Biofeedback Treatment의 수가 산정방법	근육강화, 경직완화, 동통완화를 목적으로 실시하는 Biofeedback Treatment는 다음의 적응증에 사106 단순 운동치료 [1일당] 또는 사116 운동치료 [1일당]의 소정 점수를 산정함. - 다 음- 가. 중추 및 말초신경 혹은 근육 손상후에 Neuromuscular Re-education 시 나. 긴장성 근육통, 요통, 경부통 등의 만성 통증 환자 다. 자발성 운동장애(강직성 사경, Hemifacial spasm, 파킨슨씨 증후군 등) (고시 제2023-56호, '23.3.29.시행)

항목	제목	세부인정사항
사116 운동치료	사경(Torticollis)에 실시한 운동요법의 수기료 산정방법	사경(Torticollis)에 실시한 운동요법은 사116가 복합운동치료로 산정함. (고시 제2007-46호, '07.6.1.시행)
사30 적외선 치료	안과, 이비인후과에서 적외선치료시 수가 산정방법	안과, 이비인후과에서 적외선치료를 실시한 경우에는 사30 적외선치료 [1일당] 소정점수를 산정함. (고시 제2023-56호, '23.3.29.시행)
	이비인후과 분야에서 실시한 사30 적외선 치료의 급여기준	이비인후과 분야에서 실시하는 "사30 적외선 치료"는 동 치료로 보다 효과를 얻을 수 있는 급성바깥귀길염(외이도염), 급성중이염, 바깥귀의 종기(이절), 코의 종기(비절), 코와 귀주위 및 기타 안면부의 연조직염(봉와직염)과 같은 급성기 염증 질환에 실시한 경우에 인정함. (고시 제2021-332호, '22.1.1.시행)
	Carbon Arc Lamp를 이용한 물리치료시 수가 산정방법	Carbon Arc Lamp는 금속염의 심(Core)에 따라 파장이 각각 상이한 자외선과 적외선을 발생시켜 환자의 체표면을 조사시킴으로써 자외선의 조사효과와 적외선의 표재열, 온열효과를 기대할 수 있는 물리치료요법임. 따라서, Carbon Arc Lamp를 이용하여 자외선 조사를 한 경우에는 사33 피부과적 자외선치료 [1일당]의 소정점수를 산정하고, 적외선 조사를 한 경우에는 사30 적외선치료 [1일당]의 소정점수를 산정하되, 동 치료 시 연소되는 탄소봉 재료대는 적외선치료 또는 피부과적 자외선치료의 소정점수에 포함된 것으로 별도 산정할 수 없음. (고시 제2023-56호, '23.3.29.시행)
사34 피부 광화학 요법	사34 피부 광화학요법의 적응증	사34 피부광화학요법 '주2'의 적응증은 동 요법이 보편적으로 실시되는 상병명을 예시한 것이며 이외에도 아토피성 피부염, 전신성 만성습진, 원형탈모증, 피부묘기성 두드러기, 백반, 색소성 두드러기, 전신성 또는 결정성소양증, 수장족저각화증 등 피부과 전문의의 전문의학적 판단에 의한 적응증에 피부광화학요법을 실시할 수 있는 것임. (고시 제2000-73호, '01.1.1.시행)

항목	제목	세부인정사항
사45 심장재활	사45 심장재활 급여기준	1. 사45 심장재활(Cardiac Rehabilitation)은 심혈관질환 위험인자 교정, 운동능력의 정확한 평가, 운동요법을 통해 심폐운동능력 향상을 목표로 하는 통합적 재활 프로그램으로 다음의 요건을 모두 충족한 경우에 요양급여를 인정함. - 다 음 - 가. 급여대상 1) 심장 수술 또는 시술 환자 : 심장이식술, 심실 보조장치 치료술(VAD), 심장판막수술, 관상동맥 우회술(CABG), 관상동맥 중재술 2) 심박기(Pacemaker), 삽입형 제세동기(ICD), 심장 재동기화 치료기(CRT) 등을 삽입한 환자 3) 급성 심근경색증, 불안정성 협심증으로 입원치료를 받은 환자 4) 보상된 심부전(Compensated Heart Failure) 환자 5) 말초동맥질환(하지동맥의 협착, 대동맥 동맥류 및 박리 등)으로 수술 및 중재시술, 약물치료를 받은 환자 6) 약물로 조절되는 심방·심실성 부정맥, 심실세동·심장정지 경험자 7) 선천성 심장질환자 8) 우심실 부전이 예상되는 주요 폐 수술(폐전적출술, 폐엽절제술)을 시행한 환자 나. 인력기준 1) 재활의학과, 순환기내과, 심장혈관흉부외과 전문의 중 1인 이상 2) 물리치료사, 간호사 각 1인 이상 ※상기 1), 2)의 인력이 상근하여야 하며, 심장재활 중 응급 상황에 대비하여 산소공급 및 응급심폐소생술을 시행할 수 있어야 함

항목	제목	세부인정사항
		다. 시설・장비기준 1) 시설 : 심장재활이 원활히 이루어질 수 있는 일정한 면적의 치료실 2) 장비 가) 심장재활장비: 부하심전도장치, 혈압감시기, 호흡가스분석장치, 산소포화도 측정장치, 유・무선 심전도감시기, 트레드밀 및 자전거 에르고메타 운동기구 나) 응급심폐소생장비: Emergency cart, 제세동기, 산소공급장치 2. 상기 가, 나, 다 모두를 충족한 경우 심장재활 프로그램별 수가산정방법은 다음과 같이 함. - 다 음 - 가. 사45가. 심장재활교육 1) 의사, 간호사, 영양사 등 관련분야 상근 전문 인력으로 교육팀을 구성하되, 반드시 의사를 포함하여 3개 이상의 직종을 활용하여 운영하여야 함 2) 교육방법은 별도공간에서 개별교육 하는 것을 원칙으로 하며, 교육시간은 60분 이상 실시하여야 함 나. 사45나.심장재활평가 : 심장재활 시작 첫 1년 간 5회, 이후 추적평가는 연 1회 인정 다. 사45다. 심장재활치료 1) 환자 상태에 따라 적절히 실시하되, 입원환자는 1일 2회, 외래환자는 최대 36회까지 인정 2) 물리치료사 1인이 최대 4인의 환자에게 동시 시행할 수 있으며, 환자 1인당 60분 이상 실시한 경우 인정 라. 운동능력이 저하되어 심장재활평가(심폐운동 부하검사)를 시행하기 어려운 환자에 한해서 6분 걷기 검사를 한 경우 나723 경피적 혈액산소포화도측정

항목	제목	세부인정사항
		[1일당] 소정점수를 산정하고, 심장재활치료를 제7장 이학요법료 제1절에 분류된 단순운동치료, 제2절에 분류된 운동치료와 동시에 실시하는 경우 주된 항목의 소정점수만 산정함. 마. 새로운 심장재활의 적응증이 발생하여 심장재활이 필요한 경우 심장재활 평가·치료를 다시 산정할 수 있음. 단, 심장재활교육은 산정 불가함. (고시 제2023-102호, '23.6.1.시행)

다. 심사지침

항목	제목	내용
사33 피부과적 자외선 치료	사33 피부과적 자외선치료와 사34 피부광화학 요법에 대하여	Olive oil을 바르고 자외선을 조사하는 것은 피부색소 침착효과를 보이는 것이므로 사33 피부과적 자외선치료를 적용하고, Mineral oil 이나 Petrolatum 제제의 일종인 Vaseline 등 피부질환의 치료에 쓰이는 약제를 바르고 자외선을 조사한 것은 사34 피부광화학적요법으로 적용하여 인정한다. (공고 제2019-429호, 2001.2.5. 진료분부터 적용)

제4장

요양(의료)급여비용 청구방법

1 요양(의료)급여비용 청구방법

가. 요양(의료)급여비용 청구 및 자료제출 매체

어린이 재활의료기관은 정보통신망을 이용한 전자문서교환방식("EDI, 포털서비스 등"을 말한다. 이하 "정보통신망"이라 한다)으로 요양(의료)급여비용을 청구한다.

나. 청구시기

요양(의료)급여비용 청구 가능일로부터 2개월 이내에 청구한다.

다. 심사청구서 등의 제출

요양(의료)급여비용을 청구하고자 하는 때 에는 심사청구서, 명세서와 기타 필요한 자료를 첨부하여 건강보험심사평가원(이하 "심사평가원"이라 한다) 관할 지원에 제출한다.

라. 심사청구서의 구분

"대상 환자"에 해당하는 경우 심사청구서를 분리하여 제출한다.

마. 명세서의 구분 및 작성방법

동일 수진자에 대한 명세서는 진료기간의 요양(의료)급여 내역을 동일한 명세서에 통합하여 작성하고, 월을 초과하여 입원진료를 하는 경우에는 반드시 월단위로 분리하여 작성한다.

바. 자료제출

"대상 환자"에 해당하는 경우 반드시 해당 진료분의 명세서 접수 전에 통합재활기능평가료, 통합계획교육상담료, 지역사회연계료, 통합재활안전 방문관리료 관련 서식을 제출하여야 한다.

사. 준용규정

이 지침에서 정하고 있지 않은 사항은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서 서식 및 작성요령」에 따른다.

2 명세서 작성요령

가. 심사청구서

어린이 재활의료기관은 시범사업 대상 환자의 심사청구서 진료형태에 'J' 또는 'I' 를 기재하여 청구한다.

구분		항목설명
심사청구서	진료형태	J: 어린이 재활의료기관 환자의 상병이 전문적인 재활치료를 필요로 하는 상병에 해당하는 경우(입원)
		I: 어린이 재활의료기관 환자의 상병이 전문적인 재활치료를 필요로 하는 상병에 해당하는 경우(외래)

나. 명세서 상병내역

구분		항목설명
명세서	상병분류기호	• 통계청 고시에 따라 「한국표준질병·사인분류」의 분류기호를 주상병, 부상병, 배제된 상병순으로 기재하되, 주상병은 반드시 첫번째 자리(제1단)에만 기재하고, 부상병, 배제된 상병은 각각 2개 이상인 경우 중요도 순으로 각각 기재한다. - 시범사업 명세서는 주상병 또는 제1부상병에 상병코드 기재한다.
	내원일자, 당월 요양개시일	• 내원일자 : 외래 요양급여비용 명세서의 진료 일자를 기재한다. • 당월요양개시일: 입원 요양급여비용 명세서의 경우 요양기관에 해당 상병 진료를 위하여 그 달에 최초 입원한 년·월·일을 기재한다. 단, 입원요양급여비용 분리청구 시 해당 요양급여비용명세서의 최초 진료일자를 기재한다. • 기재형식 CCYYMMDD

다. 명세서 특정내역

어린이 재활의료기관은 환자의 발병일(수술일) 및 세부 인정기간을 명세서 특정내역코드 'MX999' 에 기재한다.

구분		항목설명
명세서	특정내역구분 (MX999)	• 발병일(수술일) 및 세부 인정기간(기간제한없음(6세미만) A, 3개월 B, 6개월 C, 12개월 D, 24개월 E)를 기재한다. • 기재형식 CCYYMMDD/X(1)

라. 명세서 진료내역

항목	세부작성요령
통합계획교육 상담료	• 항번호 “01”(진찰료), 목번호 “03”(응급 및 회송료 등)에 기재한다.
재활치료료 지역사회연계료 통합재활안전 방문관리료	• 항번호 “06”(이학요법료), 목번호 “01” (이학요법료)에 기재한다.
통합재활기능 평가료	• 항번호 “09”(검사료), 목번호 “01”(자체검사)에 기재한다.
어린이 재활의료기관 행위 내역	• 「별표1. 어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」 중 ‘재활치료료’에 해당하는 실제 행위별 진료내역을 항번호 “L”(어린이 재활의료기관 행위 내역), 목번호 “86”(이학요법료)에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다. • 언어전반진단검사에 포함된 SELSI, PRES, LSSC, U-TAP 항목의 경우 항번호 “L”(어린이 재활의료기관 행위 내역), 목번호 “89”(검사료)에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다. • 언어전반진단검사 중 SELSI, PRES, LSSC, U-TAP 외의 항목 또는 「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제3부 행위비급여 목록 제2장 제3절 기능검사료에 해당하는 항목은 항번호 “L”(어린이 재활의료기관 행위 내역), 목번호 “93”(비급여)에 기재하여야 하며, 요양급여비용에는 산입하지 아니한다.
교통비	• 항번호 “U”(건강보험(의료급여) 100분의100본인부담), 목번호 “03”(진료행위)에 기재한다.

3 명세서 세부 작성요령

가. 진료내역별 사항

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>어린이
재활의료기관
행위 내역</td><td>
• “L항 86목 이학요법료”에 기재하는 내역은 본 지침「별표1. 어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 목록」의 코드를 15분/회 단위로 기재한다.

• 「건강보험 행위 급여·비급여 목록 및 급여 상대가치점수」 제1편 제3부 제7장 이학요법료 중 언어치료, 도수치료, 전산화인지재활치료[주의·기억]에 해당하는 경우에는 “L항 86목”에 관행단가를 기재한다.

• 언어전반진단검사에 포함된 SELSI, PRES, LSSC, U-TAP 항목의 경우 “L항 89목”에 관행단가를 기재한다.

• 언어전반진단검사 중 SELSI, PRES, LSSC, U-TAP 외의 항목 또는「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제1편 제3부 행위비급여 목록 제2장 제3절 기능검사료에 해당하는 항목은 “L항 93목”에 관행단가를 기재한다.

• “L항”에 기재하는 내역은 요양급여비용총액에 산입하지 아니한다.

(예시) 6세미만 환자에게 의원에서 단순작업치료, 중추신경계발달재활치료를 각각 1:1로 30분, 언어치료 30분, 전영역-언어전반진단검사(PRES), 덴버발달검사를 시행한 경우
<table>
<tr><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>06</td><td>01</td><td>1</td><td>IB961</td><td>재활치료료 III</td><td>26,010</td><td>6</td><td>1</td><td>156,060</td></tr>
<tr><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>IB902</td><td>통합재활기능 평가료-전영역 II</td><td>164,520</td><td>1</td><td>1</td><td>164,520</td></tr>
<tr><td>L</td><td>86</td><td>1</td><td>IN111001</td><td>단순작업치료</td><td>5,740</td><td>2</td><td>1</td><td>11,480</td></tr>
<tr><td>L</td><td>86</td><td>1</td><td>IN105</td><td>중추신경계발달 재활치료</td><td>24,610</td><td>2</td><td>1</td><td>49,220</td></tr>
<tr><td>L</td><td>86</td><td>1</td><td>IN006</td><td>언어치료</td><td>관행단가</td><td>2</td><td>1</td><td>관행단가</td></tr>
<tr><td>L</td><td>89</td><td>1</td><td>FZ689</td><td>언어전반진단검사</td><td>관행단가</td><td>1</td><td>1</td><td>관행단가</td></tr>
<tr><td>L</td><td>93</td><td>1</td><td>FZ694</td><td>덴버발달검사</td><td>관행단가</td><td>1</td><td>1</td><td>관행단가</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

나. 특정내역별 사항

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>통합재활기능평가료</td><td>

- 특정내역기재란(JX999)에 시행한 날짜 및 일상생활동작검사 또는 GMFM은 시행한 검사항목(K-MBI, K-IADL, GMFM-66, GMFM-88)을 기재한다.

- 기재형식 CCYYMMDD/X(100)

(예시) '25년 3월 1일에 의원에서 통합재활기능평가료-전영역 II의 GMFM-66을 시행한 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0022</td><td>09</td><td>01</td><td>1</td><td>IB902</td><td>통합재활기능 평가료-전영역 II</td><td>164,520</td><td>1</td><td>1</td><td>164,520</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0022</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20250301/GMFM-66</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>통합계획교육상담료</td><td>

- 특정내역기재란(JX999)에 시행한 날짜 및 참여직종(간호사 06, 사회복지사 07, 작업치료사 08, 물리치료사 09, 타과의사 10, 언어재활사 12, 임상심리사 13)을 기재한다.

- 타과 의사가 참여한 경우에는 진료과를 기재한다.

- 기재형식 CCYYMMDD/9(2)/9(2)/9(2)/9(2)/9(2)/X(100)/9(2)/9(2)

(예시) '25년 3월 1일에 의원에서 재활의학과 전문의, 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 물리치료사, 정형외과 의사, 언어재활사가 참여하여 통합계획교육상담(초회)를 실시한 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드 구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0023</td><td>01</td><td>03</td><td>1</td><td>IB934</td><td>통합계획교육 상담료-초화-5인이상-의원</td><td>94,870</td><td>1</td><td>1</td><td>94,870</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0023</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20250301/06/07/08/09/10/정형외과/12</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>지역사회
연계료
(기관내활동)</td><td>

• 특정내역기재란(JX999)에 의뢰일 및 수신확인일, 연계기관 구분(보건소 A, 지역장애인보건의료센터 B, 지자체 케어안내창구 C, 사회복지시설 D, 기타 E, 보육 및 교육기관 F) 및 기관명을 기재한다.

• 기재형식 CCYYMMDD/CCYYMMDD/X(1)/X(100)

(예시) '25년 3월 1일에 의원에서 지역사회연계 의뢰서를 ○○초등학교에 보낸 후 '25년 3월 2일에 수신 확인이 된 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0024</td><td>06</td><td>01</td><td>1</td><td>IB970</td><td>지역사회연계-
기관내활동</td><td>29,410</td><td>1</td><td>1</td><td>29,410</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td>특정내역구분</td><td colspan="5">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0024</td><td>JX999</td><td colspan="5">20250301/20240302/F/○○초등학교</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>지역사회
연계료
(현장방문활동)</td><td>

• 특정내역기재란(JX999)에 방문일, 연계기관 구분(보건소 A, 지역장애인보건의료센터 B, 지자체 케어안내창구 C, 사회복지시설 D, 기타 E, 보육 및 교육기관 F) 및 기관명을 기재한다.

• 기재형식 CCYYMMDD/X(1)/X(100)

(예시) '25년 3월 1일에 의원에서 ○○초등학교에 현장방문활동을 시행한 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0024</td><td>06</td><td>01</td><td>1</td><td>IB980</td><td>지역사회연계-
현장방문활동</td><td>57,870</td><td>1</td><td>1</td><td>57,870</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td>특정내역구분</td><td colspan="5">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0024</td><td>JX999</td><td colspan="5">20250301/F/○○초등학교</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부작성요령</th></tr>
<tr><td>통합재활
안전 방문
관리료</td><td>

• 특정내역기재란(JX999)에 방문일자 및 방문직종(의사 01, 간호사 06, 사회복지사 07, 작업치료사 08)을 기재한다.

• 기재형식 CCYYMMDD/9(2)/9(2)/9(2)/9(2)

(예시) '25년 3월 1일에 의원에서 사회복지사와 작업치료사가 통합재활안전 방문 관리를 시행한 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0024</td><td>06</td><td>01</td><td>1</td><td>IB990</td><td>통합재활안전방문
관리료</td><td>89,550</td><td>1</td><td>1</td><td>89,550</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0024</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20250301/07/08</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>L항 어린이
재활의료기관
행위 내역</td><td>

• L항 89목에 기재하는 언어전반진단검사의 경우 특정내역기재란(JX999)에 시행한 검사항목(SELSI, PRES, LSSC, U-TAP)을 기재한다.

• 기재형식 CCYYMMDD/X(100)

• L항 93목에 기재하는 언어전반진단검사의 경우 특정내역기재란(JX999)에 시행한 검사항목을 기재한다.

• 기재형식 CCYYMMDD/X(100)

(예시) '25년 3월 1일에 SELSI, 조기언어선별검사를 시행한 경우

<table>
<tr><th>줄번호</th><th>항</th><th>목</th><th>코드
구분</th><th>코드</th><th>분류</th><th>단가</th><th>일투</th><th>총투</th><th>금액</th></tr>
<tr><td>0025</td><td>L</td><td>89</td><td>1</td><td>FZ689</td><td>언어전반진단검사</td><td>관행
단가</td><td>1</td><td>1</td><td>관행
단가</td></tr>
<tr><td>0026</td><td>L</td><td>93</td><td>1</td><td>FZ689</td><td>언어전반진단검사</td><td>관행
단가</td><td>1</td><td>1</td><td>관행
단가</td></tr>
<tr><td colspan="10">특정내역기재란</td></tr>
<tr><td colspan="2">발생단위구분</td><td colspan="2">줄번호</td><td colspan="2">특정내역구분</td><td colspan="4">특정내역</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0025</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20250301/SELSI</td></tr>
<tr><td colspan="2">2</td><td colspan="2">0026</td><td colspan="2">JX999</td><td colspan="4">20250301/조기언어선별검사</td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

4 보완청구 및 추가청구

가. 요양급여비용을 청구하였으나, 심사평가원에서 심사불능 처리된 건에 대해 해당 사유를 보완하여 청구한다. 이때 반드시 원청구분 등과 구분·작성하여 청구하여야 한다.

나. 요양급여비용을 지급 받은 명세서 중 진료내역의 일부가 당초 청구 시 누락된 경우에는 누락된 진료내역만을 추가로 청구한다.

다. 보완청구 및 추가청구 시 기재하는 구분코드 등 청구방법은 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」을 따른다.

(별첨)

심사불능코드

지급 불능(반송)코드 및 사유는 「요양급여비용 청구방법, 심사청구서·명세서서식 및 작성요령」의 별첨6을 참조하여, 시범사업의 요양급여비용 심사 시 추가되는 사유는 아래를 참조한다.

코드	세부코드	내 역
S5		**재활의료기관 시범사업**
	03	어린이 재활의료기관 시범사업 청구대상이 아닌 진료분 청구

제5장

시범사업 모니터링 및 사업평가

1 목적

○ 어린이 재활의료기관으로서의 역할을 충실히 수행하고 있는지 여부를 점검하기 위하여 지정기준의 유지여부 및 환자 구성 등 시범사업 평가에 필요한 사항을 모니터링 한다.

○ 어린이 재활의료기관의 전문재활치료 및 입원·외래청구경향, 지역사회 자원연계 등 보건·복지 연계서비스 등을 모니터링 하여 그 결과를 어린이 재활의료기관에 피드백 한다.

○ 어린이재활의료기관 운영모델의 적정성, 시범사업 성과 등을 평가하고 본사업을 위한 지정기준 및 성과평가지표를 마련하고자 한다.

2 모니터링 주요내용

가. 지정기준

○ 시범기관의 진료과목, 인력기준, 시설기준, 장비기준 확인

○ 어린이 재활치료 환자 수 현황

나. 환자구성

○ 어린이 전문재활치료 환자 구성비율

- 18세 이하 전문재활치료환자 / 전체 전문재활환자

○ 연령별 환자구성비율

- 6세 미만 및 6세 이상 ~ 18세 이하

다. 입원 · 외래 진료 청구경향

○ 대상환자의 치료기간(입원, 낮병동 및 외래)

○ 재활치료 등 시범사업 수가 청구경향

○ 기타 시범사업 평가를 위해 필요하다고 판단되는 사항

3 수행주체 및 주기

○ 지정기준 및 환자구성에 대한 모니터링은 시범사업지원반(지정평가담당)에서, 입원·외래 진료 청구경향은 시범사업지원반(수가기준담당)에서 담당한다.

○ 지정기준 및 환자구성, 진료 청구경향 등에 대한 모니터링은 주기적*으로 실시한다.

* 모니터링 항목에 따라 분기, 연간 시행

4 관련자료 제출

○ 어린이 재활의료기관은 모니터링과 관련하여 필요한 자료제출을 요구받았을 때에는 지체 없이 제출하여야 한다.

5 방법

○ 환자구성, 진료 청구경향 및 진료량 등에 대하여는 심사평가원 청구자료 및 DW자료 등을 활용하여 분석한다.

○ 지정기준 유지 여부와 관련하여 요양기관 현황신고, 인력현황 자료제출 요청 등을 통해 분석한다.

○ 심사평가원은 지정기준 유지여부 파악 등을 위해 필요한 경우 기관을 직접 방문하여 확인할 수 있다.

6 결과 환류 및 교육 등

○ 심사평가원은 모니터링 실시 후 그 결과에 따른 문제점을 어린이 재활의료기관과 상호 공유하고 개선방안을 모색하기 위해 모니터링 회의 또는 자문회의를 개최하며, 모니터링결과를 보건복지부로 보고한다.

○ 심사평가원은 모니터링 결과를 바탕으로 시범사업 취지와 다르게 운영하거나, 착오 및 오류 등의 시정을 위해 어린이 재활의료기관을 대상으로 교육을 할 수 있으며 제도 취지에 맞게 시범사업이 진행될 수 있도록 관리하여야 한다.

7 시범사업 평가

가. 어린이 재활의료기관 시범사업 운영모델의 적정성 평가

○ 어린이 재활의료기관의 유형 및 규모를 분석

○ 어린이 재활의료기관 지정기준 및 운영과정 평가
- 지정기준(필수 진료과목, 인력, 시설, 장비, 어린이 재활치료 환자수)의 적정성
- 어린이 재활치료를 위한 계획, 치료, 평가 등 운영과정의 적정성

○ 시범사업 적용 수가 및 급여기준의 타당성 평가
- 시범사업 적용수가체계 및 신설적용 수가(통합재활기능평가료, 통합계획교육상담료, 지역사회연계료 및 통합재활안전 방문관리료) 등 급여기준 설정의 적정성

나. 어린이 재활의료기관 환자평가지표 개발

○ 어린이 재활의료기관 운영 및 결과 평가를 위한 환자평가지표 마련
- 재활서비스 적정제공, 기능개선, 지역사회 서비스 연계 등

○ 어린이 재활의료기관 평가결과에 따른 의료기관별 차등 인센티브 부여 방안 마련

다. 어린이 재활의료기관 시범사업 영향 평가

○ 어린이 재활의료기관의 서비스 제공 행태 및 질 개선 등 추이

○ 어린이 재활의료기관 이용환자의 의료비 부담(비급여 진료비 등 포함)

○ 어린이 재활의료기관 만족도 측정 및 개선방안 도출

- 의료공급자(어린이재활 전문의포함)와 의료소비자

○ 어린이 재활의료기관 운영으로 인한 지역 내 재활의료기관에 미친 영향

○ 어린이 재활의료기관 이용환자의 변화

- 상병별 치료환자수 및 규칙적 치료환자수 변화 등

○ 지역내 어린이재활환자의 자체 충족률 변화

○ 치료 후 지역사회 연계기관과의 연계효과

※ 시범사업 평가는 시범사업 추진과 병행하여 진행 예정

(별첨) 어린이 재활의료기관 시범사업 운영위원회

가. 운영목적

○ 어린이 재활의료기관 시범사업이 효과적으로 운영될 수 있도록 소아재활전문가 및 환자단체 관계자들로 시범사업 운영위원회를 구성하여 제도 시행의 투명성과 수용성을 확보할 수 있도록 운영

○ 주요논의사항

- 시범사업 기관선정
- 시범사업 지정기준 선정 및 개선
- 시범사업 운영·평가
- 기타 보건복지부장관이 논의가 필요하다고 판단하는 사항

나. 구성

○ 정부(3): 장애인정책국장, 장애인건강과장, 보험급여과장

○ 공급자(3): 의사협회, 병원협회, 대한재활의학회

○ 전문가(5): 관련 전문가 5인

○ 비영리 및 소비자단체(3): 관련 단체 3인

* 간사는 장애인건강과 담당과장

다. 운영기간

○ (2기 위원회) 24. 9. ~ 시범사업 종료 시 까지

라. 운영방법

○ 운영위원은 각 협회 및 학회를 통하여 추천 받은 전문가중에서 선정

○ 분기별로 운영하되 필요시 수시로 개최

[별지 제1호 서식] 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용, 제3자 제공 동의서

어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 참여 및 개인정보 수집·이용, 제3자 제공 동의서

가. 시범사업 참여에 대한 동의

요양기관명		요양기관기호	
성명/성별		생년월일	-
주소			
휴대전화		자택전화	

본인은 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업에 관한
치료계획, 개인정보제공, 진료비 등의 설명을 들었으며,
시범사업 참여에 동의합니다.

신청일 :　　년　　월　　일

신청인 :　　(서명 또는 인)　전화번호 :　　-　　-
환자와의 관계 : (　　)

_____ 병원장 귀하

<어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업 안내>

◎ 보건복지부는 거주지역 인근에서 적기에 전문재활치료를 받을 수 있도록 하여, 장애를 최소화하고 타지역으로 이동하여 진료를 받아야 하는 가정의 부담을 완화하기 위한 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업을 실시합니다.

◎ 어린이 재활의료기관에서는 1일 최대 4시간 범위 내 재활치료를 시행할 수 있습니다.

◎ 외래/입원기간 동안 재활 전문 인력들의 개인(환자)별 치료계획에 따른 집중재활치료를 제공받을 수 있습니다.

지역사회 연계서비스를 포함한 시범사업 서비스 제공을 위하여 아래와 같이 귀하의 개인정보를 수집·이용(및 제공)하고자 하오니, 아래의 내용을 자세히 읽어 보신 후 동의여부를 결정하여 주시기 바랍니다.

나. 개인정보를 제공받는 기관 및 사업

- 기관: - 사업: 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업

다. 개인정보 수집 ·이용에 관한 동의

개인정보의 수집 및 이용목적	지역사회 연계서비스를 포함한 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업의 서비스 수행 및 관리
수집하는 개인정보의 범위 및 항목	성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 환자와의 관계
개인정보 보유 및 이용기간	시범사업 종료 후 3년

※ 귀하는 위의 개인정보 수집·이용에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

라. 민감정보 수집 ·이용에 관한 동의

민감정보의 수집 및 이용목적	지역사회 연계서비스를 포함한 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업의 서비스 수행 및 관리
수집하는 민감정보의 범위 및 항목	건강정보(의료기관명, 질병명, 검사결과, 의료기관 내원일, 진료기록부), 건강보험정보, 의료급여정보, 장애 등록정보
민감정보 보유 및 이용기간	시범사업 종료 후 3년

※ **건강정보의 경우 사생활과 밀접한 정보입니다.** 귀하는 위의 민감정보 수집·이용에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

마. 고유식별정보 수집·이용에 관한 동의 (※ 외국인에 해당하는 경우)

고유식별정보 수집 및 이용목적	지역사회 연계서비스를 포함한 어린이 재활의료기관 지정·운영 시범사업의 서비스 수행 및 관리
수집하는 고유식별 정보의 범위 및 항목	외국인등록번호
고유식별정보 보유 및 이용기간	시범사업 종료 후 3년

※ 귀하는 위의 고유식별정보 수집·이용에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 고유식별정보를 수집·이용하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

바. 개인정보의 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
보건복지부	시범사업 총괄	성명, 생년월일, 성별, 주소, 연락처, 환자와의 관계	시범사업 종료 후 3년
건강보험심사평가원	시범사업 운영 및 진료비 심사		
국민건강보험공단	시범기관 진료비 지급		
지역사회 연계기관	사회복지서비스제공, 지역사회자원활용		

※ 귀하는 위의 개인정보 제3자 제공에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

사. 민감정보의 제3자 제공에 관한 동의

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
보건복지부	시범사업 총괄	건강정보(의료기관명, 질병명, 검사결과, 의료기관 내원일, 진료기록부), 건강보험정보, 의료급여정보, 장애 등록정보	시범사업 종료 후 3년
건강보험심사평가원	시범사업 운영 및 진료비 심사		
국민건강보험공단	시범기관 진료비 지급		
지역사회 연계기관	사회복지서비스제공, 지역사회자원활용		

※ 귀하는 위의 민감정보 제3자 제공에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 민감정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

아. 고유식별정보의 제3자 제공에 관한 동의 (※ 외국인에 해당하는 경우)

제공받는 기관	제공 목적	제공 항목	보유 및 이용기간
보건복지부	시범사업 총괄	외국인등록번호	시범사업 종료 후 3년
건강보험심사평가원	시범사업 운영 및 진료비 심사		
국민건강보험공단	시범기관 진료비 지급		
지역사회 연계기관	사회복지서비스제공, 지역사회자원활용		

※ 귀하는 위의 고유식별정보 제3자 제공에 관하여 동의를 거부할 권리가 있으며, 동의를 거부할 경우 시범사업 참여에 제한을 받을 수 있습니다.

☞ 위와 같이 고유식별정보를 제3자에게 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

자. 미성년자(14세 미만)의 개인정보 수집·이용·제3자 제공 등 동의 여부

법정 대리인	성명	(서명 또는 인)		전화번호	
	생년월일		주소		

※ 법정대리인은 법정대리인을 증명할 수 있는 서류(가족관계증명서, 주민등록등본 등)제출 및 본인확인 절차 준수 요망

본인은 환자(성명:)의 법정대리인으로서 「개인정보보호법」 등 관련법규에 의거하여 위와 같이 개인정보 수집, 이용 및 제3자 제공에 관한 동의 여부에 대하여 최종 확인하였습니다.

☞ 위와 같이 개인정보를 수집·이용·제3자 제공하는데 동의하십니까? ☐ 동의함 ☐ 동의안함

<기타 고지 사항>

「개인정보보호법」 제15조 제1항 제3호에 따라 정보주체의 동의없이 개인정보를 수집·이용합니다.

개인정보 수집·이용 목적	개인정보 항목	수집근거
시범사업 운영 및 관리	주민등록번호	「국민건강보험법」 제63조 및 동법 시행령 제81조

상기 본인은 「개인정보보호법」 등 관련법규에 의거하여 개인정보(민감정보, 고유식별정보 포함) 수집, 이용 및 제3자 제공 동의 여부에 관하여 최종 확인하였습니다.

20 년 월 일

본인 성명 *(서명 또는 인)*

법정대리인 성명 *(서명 또는 인)*

[별지 제2호 서식] 통합재활기능평가 서식

항목	세부내용
일반 정보	
요양기관 기호	*해당 기관기호 기재*
환자성명	*해당 환자성명 기재*
생년월일	*8자리 연월일을 기재*
성별	□남자 □여자
상병 (주상병 또는 제1부상병)	*전문적인 재활치료를 필요로 하는 상병 기재*
요양(의료) 급여비용 적용기준	*0. 6세미만* *1. 6세이상* *1-1 ①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬ 중 선택*
(6세 이상의 경우) 발병일	*-화학적 신경차단술 시행 후 재활치료 시작일(①)* *-해당수가 시행일 또는 해당 장애 상병이 발생한 날 (②⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫)* *-석고제거일 (⑦에서 석고고정을 한 경우)* *-성장에 따른 이차적인 근골격계 합병증 (③) 및* *뇌성마비에서 GMFCS level이 한 단계 이상 저하가 확인된 날 (④)* *- 척수성 근위축증 환자에서 스핀라자주 급여기준에 해당되어 스핀라자 투여 시 투여일(⑬)*
(①②⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪의 경우) 관련 수가코드	*(①②⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪의 경우)* *시행한 수가코드 기재*
(⑫의 경우) 관련 상병코드	*(⑫ 6세 이후 발생한 중도장애의 경우)* *상병코드 기재*
(③④의 경우) 관련 검사 수치	*(③성장에 따른 이차적인 근골격계 합병증의 경우)* *고관절 이동지수, 척추측만증각도, 고관절 굴곡 관절가동범위, 슬와각도, 족관절 배굴각도 및 첨족보행 기재* *(④뇌성마비에서 GMFCS level이 한 단계 이상 저하가 확인된 경우)* *GMFCS level 변화 기재*
입원·외래 구분	□외래 □입원
요양개시일	*해당 명세서 요양개시일의 8자리 연월일을 기재*
(입원시) 최초입원일	*해당 입원의 최초 입원 개시일의 8자리 연월일을 기재*
(입원시) 퇴원여부	□입원중 □퇴원
(입원시 퇴원한 경우) 퇴원일	*8자리 연월일을 기재*
평가일	*기능평가를 완료한 일자 8자리 연월일을 기재*

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td>작성자명</td><td>환자의 의무기록에 근거하여 평가결과를 작성한 사람이름</td></tr>
<tr><td colspan="2">의학적 정보</td></tr>
<tr><td>평가영역</td><td>1. 전영역Ⅰ 2. 전영역Ⅱ 3. 운동기능영역 4. 인지언어기능영역Ⅰ 5. 인지언어기능영역Ⅱ</td></tr>
<tr><td>내원시
동반질환</td><td>환자가 가지고 있는 주진단 이외의 기타진단
- 한국표준질병·사인분류(KCD) 코드로 기재
- 10개까지 입력가능</td></tr>
<tr><td colspan="2">기능평가 정보</td></tr>
<tr><td>일상생활동작검사
/GMFM
항목선택</td><td>(대상) 전영역, 운동기능영역, 인지언어기능영역

1. K-MBI, Korean Modified Barthel Index
2. 도구적 일상생활 수행능력 (K-IADL, Korean Instrumental Activities of Daily Living)
3. 전체운동기능측정 GMFM-66
4. 전체운동기능측정 GMFM-88

※ 선택한 항목만 검사결과 입력 (복수선택 가능)</td></tr>
<tr><td>일상생활
동작검사
(K-MBI)</td><td>○ K-MBI, Korean Modified Barthel Index
- 총점만 산출하여 입력(0~100점) [ ]

<table>
<tr><th>항목</th><th>과제를 수행할 수 없는 경우</th><th>최대의 도움이 필요한 경우</th><th>중등도의 도움이 필요한 경우</th><th>최소의 도움이나 감시가 필요한 경우</th><th>완전히 독립적인 경우</th></tr>
<tr><td>개인위생</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>목욕하기</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>식사하기</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>용변처리</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>계단 오르기</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>옷 입기</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>대변조절</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>소변조절</td><td>0</td><td>2</td><td>5</td><td>8</td><td>10</td></tr>
<tr><td>보행</td><td>0</td><td>3</td><td>8</td><td>12</td><td>15</td></tr>
<tr><td>의자차*</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr>
<tr><td>의자/ 침대 이동</td><td>0</td><td>3</td><td>8</td><td>12</td><td>15</td></tr>
<tr><td>총점</td><td colspan="5">0~100점</td></tr>
</table>
* 의자차는 보행이 불가능한 경우</td></tr>
<tr><td>일상생활
동작검사
(K-IADL)</td><td>○ 도구적 일상생활 수행능력 (K-IADL, Korean Instrumental Activities of Daily Living)
- 총점으로 산출된 점수만 입력 [ ]
<table>
<tr><th>항목</th><th>혼자가능</th><th>약간의 도움이 필요한 경우</th><th>많은 도움이 필요한 경우</th><th>불가능</th><th>해당 없음</th></tr>
<tr><td>시장보기, 쇼핑</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>교통수단 이용</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>돈관리</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>기구 사용과 집안 일하기</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>음식준비</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>전화사용</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>약복용</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>최근 기억</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>취미 생활</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>텔레비전 시청</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>집안 수리</td><td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td></td></tr>
<tr><td>총점</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>점수</td><td colspan="5">[총점/(11-해당없음 항목수)]</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>전체운동
기능측정
GMFM-66</td><td>(대상) 전영역, 운동기능영역, 인지언어기능영역

○ GMFM-66 Score만 산출하여 입력 (0~100) [ ] 해당없음 ☑
※ Gross Motor Ability Estimator (GMAE) Software 사용
*이하, 이상, 미만, 초과 해당 시 선택 입력 가능</td></tr>
<tr><td>전체운동
기능측정
GMFM-88</td><td>(대상) 전영역, 운동기능영역, 인지언어기능영역

○ 총점만 산출하여 입력 (0~100%) [ ]
총점 = (%A + %B + %C + %D + %E) / 영역개수
<table>
<tr><th>영역</th><th>영역별 합계</th><th>영역의 백분위(%)</th></tr>
<tr><td>A. 눕기와 뒤집기
(Lying &Rolling)</td><td></td><td>%</td></tr>
<tr><td>B. 앉기 (Sitting)</td><td></td><td>%</td></tr>
<tr><td>C. 네발기기와 무릎서기
(Crawling & Kneeling)</td><td></td><td>%</td></tr>
<tr><td>D. 서기 (Standing)</td><td></td><td>%</td></tr>
<tr><td>E. 걷기, 뛰기 & 깡충뛰기
(Walking, Running & Jumping)</td><td></td><td>%</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>도수근력
검사
(MMT,
Manual
Muscle
Testing)
부위 선택</td><td>(대상) 전영역, 운동기능영역

1. 상지
2. 하지
3. 전체

※ 선택한 1가지 항목만 검사결과 입력</td></tr>
<tr><td>상지
도수근력
검사</td><td>○ 상지 도수근력 검사
<table>
<tr><th rowspan="2">부위</th><th rowspan="2">세부부위</th><th rowspan="2">근육</th><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">0,1,2,3,4,5,NT 중 1개 기재</th></tr>
<tr><td rowspan="4">상지
(6개)</td><td rowspan="2">어깨</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>외전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">팔꿈치</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">손목</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
</table>
[참고]
○ 범위(range)로 기록된 경우 낮은 등급을 선택 (예 Z~T → Z)
○ Not testable, Uncheckable은 NT로 기재
○ <u>부위별 등급</u> 입력

<table>
<tr><th>기재</th><th colspan="2">평가등급</th><th>내용</th></tr>
<tr><td>5</td><td>100%</td><td>Normal (N)</td><td>중력과 충분한 저항하에서 능동적 정상 관절운동</td></tr>
<tr><td>4</td><td>75%</td><td>Good (G)</td><td>중력과 어느정도 저항하에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>3</td><td>50%</td><td>Fair (F)</td><td>중력을 이기고 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>2</td><td>25%</td><td>Poor (P)</td><td>중력제거상태에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>1</td><td>10%</td><td>Trace (T)</td><td>수축은 가능하나, 능동적 관절운동 불가능</td></tr>
<tr><td>0</td><td>0%</td><td>Zero (Z)</td><td>근육수축의 증거 없음</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>하지
도수근력
검사</td><td>
○ 하지 도수근력 검사
<table>
<tr><th rowspan="2">부위</th><th rowspan="2">세부부위</th><th rowspan="2">근육</th><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">0,1,2,3,4,5,NT 중 1개 기재</th></tr>
<tr><td rowspan="6">하지
(6개)</td><td rowspan="2">엉덩이</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">무릎</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">발목</td><td>배굴근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>족저굴근</td><td></td><td></td></tr>
</table>
[참고]
○ 범위(range)로 기록된 경우 낮은 등급을 선택 (예 Z~T → Z)
○ Not testable, Uncheckable은 NT로 기재
○ <u>부위별 등급</u> 입력

<table>
<tr><th>기재</th><th colspan="2">평가등급</th><th>내용</th></tr>
<tr><td>5</td><td>100%</td><td>Normal (N)</td><td>중력과 충분한 저항하에서 능동적 정상 관절운동</td></tr>
<tr><td>4</td><td>75%</td><td>Good (G)</td><td>중력과 어느정도 저항하에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>3</td><td>50%</td><td>Fair (F)</td><td>중력을 이기고 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>2</td><td>25%</td><td>Poor (P)</td><td>중력제거상태에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>1</td><td>10%</td><td>Trace (T)</td><td>수축은 가능하나, 능동적 관절운동 불가능</td></tr>
<tr><td>0</td><td>0%</td><td>Zero (Z)</td><td>근육수축의 증거 없음</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td>전체(상하지) 도수근력 검사</td><td>

○ 전체(상하지) 도수근력 검사

<table>
<tr><th rowspan="2">부위</th><th rowspan="2">세부부위</th><th rowspan="2">근육</th><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">0,1,2,3,4,5,NT 중 1개 기재</th></tr>
<tr><td rowspan="6">상지
(6개)</td><td rowspan="2">어깨</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>외전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">팔꿈치</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">손목</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">하지
(6개)</td><td rowspan="2">엉덩이</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">무릎</td><td>굴곡근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">발목</td><td>배굴근</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>족저굴근</td><td></td><td></td></tr>
</table>

[참고]
○ 범위(range)로 기록된 경우 낮은 등급을 선택 (예 Z~T → Z)
○ Not testable, Uncheckable은 NT로 기재
○ <u>부위별 등급</u> 입력

<table>
<tr><th>기재</th><th colspan="2">평가등급</th><th>내용</th></tr>
<tr><td>5</td><td>100%</td><td>Normal (N)</td><td>중력과 충분한 저항하에서 능동적 정상 관절운동</td></tr>
<tr><td>4</td><td>75%</td><td>Good (G)</td><td>중력과 어느정도 저항하에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>3</td><td>50%</td><td>Fair (F)</td><td>중력을 이기고 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>2</td><td>25%</td><td>Poor (P)</td><td>중력제거상태에서 능동적 관절운동</td></tr>
<tr><td>1</td><td>10%</td><td>Trace (T)</td><td>수축은 가능하나, 능동적 관절운동 불가능</td></tr>
<tr><td>0</td><td>0%</td><td>Zero (Z)</td><td>근육수축의 증거 없음</td></tr>
</table>

</td></tr>
<tr><td>관절가동범위 검사 (ROM, Range of Motion)</td><td>

(대상) 전영역, 운동기능영역

○ 정상(Full of ROM)인 경우 'F'로 기재
○ 운동제한(Limitation of motion)에 한해 측정 각도 기재
(단, 팔꿈치와 무릎의 신전에 운동제한인 경우 'L'로 기재)
○ Not testable, Uncheckable인 경우 NT로 기재

<table>
<tr><th rowspan="2">부위</th><th rowspan="2">운동</th><th rowspan="2">기재범위
(각도)</th><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">F,각도,NT 중 1개 기재</th></tr>
<tr><td rowspan="5">어깨</td><td>굴곡(Flexion)</td><td>0~180</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전(Extension)</td><td>0~60</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>외전(Abduction)</td><td>0~180</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>외회전(External rotation)</td><td>0~90</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>내회전(Internal rotation)</td><td>0~70</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">팔꿈치</td><td>굴곡(Flexion)</td><td>0~150</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전(Extension)</td><td>-</td><td colspan="2">F, L, NT 중 1개 기재</td></tr>
<tr><td rowspan="2">손목</td><td>굴곡(Flexion)</td><td>0~80</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전(Extension)</td><td>0~70</td><td></td><td></td></tr>
</table>

</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">부위</th><th rowspan="2">운동</th><th rowspan="2">기재범위
(각도)</th><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">F,각도,NT 중 1개 기재</th></tr>
<tr><td rowspan="3">엉덩이</td><td>굴곡(Flexion)</td><td>0～120</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전(Extension)</td><td>0～15</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>외전(Abduction)</td><td>0～45</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">무릎</td><td>굴곡(Flexion)</td><td>0～135</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>신전(Extension)</td><td>-</td><td colspan="2">F, L, NT 중 1개 기재</td></tr>
<tr><td rowspan="2">발목</td><td>배굴(Dorsi flexion)</td><td>0～20</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>저굴(Plantar flexion)</td><td>0～50</td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>소아 버그 균형검사 (PBS, Pediatric Berg Balance Scale)</td><td>
(대상) 전영역, 운동기능영역

○ 총점만 산출하여 입력(0~56점) [ ]
<table>
<tr><th rowspan="2">항목</th><th colspan="5">점수</th></tr>
<tr><th>0</th><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th></tr>
<tr><td>1. 앉은 자세에서 일어나기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>2. 선 자세에서 앉기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3. 의자에서 의자로 이동하기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>4. 잡지 않고 서 있기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>5. 등받이 없는 의자에 발을 바닥에 지지하여 앉기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>6. 눈 감고 잡지 않고 서 있기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>7. 두 발을 모으고 잡지 않고 서 있기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>8. 한 발을 앞에 다른 발을 일자로 두고 서 있기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>9. 한 다리로 서 있기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>10. 제자리에서 360도 돌기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>11. 왼쪽과 오른쪽으로 뒤돌아보기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>12. 바닥에 있는 물건 집어 올리기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>13. 일정한 높이의 발판에 양 발을 교대로 놓기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>14. 선 자세에서 앞으로 팔을 뻗어 내밀기</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>총점</td><td colspan="5">0～56점</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>손기능 분류시스템 (MACS, Manual Ability Classification System)</td><td>
(대상) 전영역, 운동기능영역, 인지언어기능영역

○ 아동의 최대능력이 아니라 평소 생활 시(가정과 학교 등)에 사물을 조작하기 위해 어느 정도로 손을 사용하는 지에 따라 분류
○ 각각의 손 기능이 아닌 전체적인 사물 조작 능력 평가
○ 아동이 조작할 수 있는 사물은 아동의 연령을 고려하여 평가
○ 해당 단계 입력
<table>
<tr><th>왼쪽</th><th>오른쪽</th></tr>
<tr><th colspan="2">1~5 기재</th></tr>
<tr><td></td><td></td></tr>
</table>
<table>
<tr><th>기재</th><th>단계</th><th>내용</th></tr>
<tr><td>1</td><td>1</td><td>사물을 쉽고 성공적으로 조작한다.</td></tr>
<tr><td>2</td><td>2</td><td>대부분의 사물을 조작할 수 있으나 조작하는 속도가 떨어지며 자연스럽게 조작하지는 못한다.</td></tr>
</table>
</td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>항목</th><th>세부내용</th></tr>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>3</td><td>3</td><td>사물을 조작하는데 어려움이 있어 활동을 준비해주거나 조정해주는 도움이 필요하다.</td></tr>
<tr><td>4</td><td>4</td><td>미리 적응된 상태에서 쉽게 다룰 수 있는 일부 사물만 조작한다.</td></tr>
<tr><td>5</td><td>5</td><td>사물을 조작하지 못하며 단순한 동작을 수행하는 데에도 심한 제한을 갖는다.</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>언어전반
진단검사
항목선택</td><td>(대상) 전영역, 인지언어기능영역

1. SELSI (영유아 언어발달검사)
2. PRES (취학전 아동의 수용언어 및 표현언어 발달 척도)
3. LSSC (학령기 아동 언어검사)
4. U-TAP (우리말 조음음운검사)

※ 선택한 항목만 검사결과 입력 (복수선택 가능)</td></tr>
<tr><td>언어전반
진단검사
(SELSI)</td><td>○ 항목별 수치 입력

○ SELSI (영유아 언어발달검사)
<table>
<tr><th>구분</th><th>등가연령(개월)</th><th>백분위점수(%ile)</th><th>백분위점수 구분*</th></tr>
<tr><td>수용언어</td><td></td><td></td><td>해당없음 ☑</td></tr>
<tr><td>표현언어</td><td></td><td></td><td>해당없음 ☑</td></tr>
</table>
*이하, 이상, 미만, 초과 해당 시 선택 입력 가능</td></tr>
<tr><td>언어전반
진단검사
(PRES)</td><td>○ 항목별 수치 입력

○ PRES (취학전 아동의 수용언어 및 표현언어 발달 척도)
<table>
<tr><th>구분</th><th>언어발달연령(개월)</th><th>백분위점수(%ile)</th><th>백분위점수 구분*</th></tr>
<tr><td>수용언어</td><td></td><td></td><td>해당없음 ☑</td></tr>
<tr><td>표현언어</td><td></td><td></td><td>해당없음 ☑</td></tr>
</table>
*이하, 이상, 미만, 초과 해당 시 선택 입력 가능</td></tr>
<tr><td>언어전반
진단검사
(LSSC)</td><td>○ 항목별 수치 입력

○ LSSC (학령기 아동 언어검사)
<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th rowspan="2">수용언어</th><th rowspan="2">표현언어</th><th rowspan="2">전체언어</th><th colspan="4">하위검사</th></tr>
<tr><th>의미</th><th>문법</th><th>화용/담화</th><th>청각기억</th></tr>
<tr><td>언어지수</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>백분위수</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>언어전반
진단검사
(U-TAP)</td><td>○ 항목별 수치 입력

○ U-TAP (우리말 조음음운검사)
<table>
<tr><th>구분</th><th>자음정확도 (%)</th><th>모음정확도 (%)</th></tr>
<tr><td>낱말수준</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>문장수준*</td><td></td><td></td></tr>
</table>
*문장수준의 자음정확도는 산출 가능한 경우 입력</td></tr>
</table>

[별지 제3호 서식] 통합계획교육상담 서식

통합계획교육상담

기본사항			
성명/성별		생년월일(나이)	*YYYY - MM - DD (세)*
입원/외래	□입원 □낮병동 □외래	입(내)원일자	*YYYY - MM - DD*
팀 회의일자	*YYYY - MM - DD*	소요 시간(분)	
회차	□초회 □2회 이상		
참석자 / 직종 ※3직종이상, 4인이상	☑ *홍길동* / 재활의학과 전문의 □ *홍길동* / 물리치료사 □ *홍길동* / 사회복지사 □ *홍길동* / 언어재활사 □ *홍길동* / 기타( )	□ *홍길동* / 간호사 □ *홍길동* / 작업치료사 □ *홍길동* / 유관 진료과목 전문의 □ *홍길동* / 임상심리사	
보호자(환자) 참여	□환자 □보호자(*환자와의 관계*)		

의학적 상태	
진단명	
주치의/진료과	
현병력	*수술력 등의 과거력, 현재까지의 경과 등을 기재한다.*
동반질환	*진단받은 기타 질환을 기재한다.*
주요 검사결과	*치료계획 공유 시 참고가 될 수 있는 검사결과를 기재한다.*
문제목록	*주호소 및 입·내원시 발생한 질환을 기재한다.*

분야별 평가내용 *해당 분야 인력이 직접 작성하도록 한다.*			
간호사	평가	*직종에 따라 관련 신체기능평가, 간호평가 등 기재한다.*	
	문제목록	*평가에 따라 회의 시 공유할 문제목록을 작성한다.*	
	치료목표·계획	(단기)	*목표를 설정하며, 그에 따른 치료계획을 작성한다.*
		(장기)	
물리치료사	평가		
	문제목록		
	치료목표·계획	(단기)	
		(장기)	
작업치료사	평가		
	문제목록		
	치료목표·계획	(단기)	
		(장기)	
사회복지사	평가		
	문제목록		

	치료목표·계획	(단기)
		(장기)
기타 평가 직종 (　　)	평가	
	문제목록	
	치료목표·계획	(단기)
		(장기)

특이사항 (필요시 기재)

종합평가 및 목표(단기/장기)		
종합평가	*분야별 평가내용을 바탕으로 종합적으로 판단하여 전문의가 작성한다.*	
목표·계획 (치료, 퇴원계획 등)	(단기)	*예상치료기간, 어떤 치료를 집중적으로 시행할 것인지, 퇴원계획 등 목표를 세운다.*
	(장기)	

교육 및 상담내용	
현재상태	*가지고 있는 질환 및 현재 상태*
향후 치료계획	*경직관리, 보조기 사용, 안전교육 및 낙상예방, 배뇨 및 배변장애 관리*
건강·생활습관 관련	*식이, 운동, 수면 관리*
교육관련	*취학준비*
기타	

전문과목: 재활의학과
의사성명:　　(서명 또는 인)

[별지 제4호 서식] 지역사회연계 의뢰서-기관 내 활동

지역사회연계 의뢰서-기관 내 활동

의뢰하는 기관			
기관명			
시행인력	□사회복지사 □작업치료사 □간호사 □재활의학과 전문의		
의뢰받는 기관			
형태	□어린이집 □유치원 □초·중·고등학교 □보건소 □지역장애인보건의료센터 □지자체 케어안내창구 □사회복지시설주) □기타( )		
기관명			
주소	*시(도) 구(군) 동(면) 까지만 기재*		
기본사항			
성명/성별		생년월일(나이)	*YYYY - MM - DD (세)*
연락처	환자 : - -	보호자(*환자와의 관계*) : - -	
행정 주소지			
퇴원 후 거주지			
장애등록	□무 □진행중 □신청예정 □유 (□중증(기존1~3급) □경증(기존4~6급))		
의학적 상태			
입원/외래	□입원 □낮병동 □외래		
입(내)원일자	*YYYY- MM- DD*	(입원시) 퇴원 예정일자	*YYYY- MM- DD*
진단명		상병코드	
현병력	발병일(수술일) *YYYY- MM- DD* 원인질환(수술명)		
동반질환			
현재상황	대운동발달		
	일상생활, 적응, 미세운동협응 발달		

	인지언어발달	의사소통	□울음, 미소, 소리내기, 몸짓 등으로 표현하지만 의도적인 의사소통은 못함 □울음, 미소, 소리내기, 몸짓 등을 이용해 목적을 위한 의도적인 의사소통을 함 □문자, 그림, 수어 등을 이용해 의도를 주고받는 명확한 의사소통을 함 □언어를 통한 명확한 의사소통을 함
	기타 내과적 문제		
서비스 제공 및 아동 지도 시 유의사항	섭식	식사기능	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움
		식이	□우유 □죽 또는 미음 □잘게 썰어줌 □일반식 □경관영양 □기타( )
		연하장애	□없음 □있음(□간헐적 □항상) □확인불가
	자세, 보행 등 운동기능	주 활동장소	□보조기기( ) □침대 □feeder seat □욕창예방용 □휠체어 □매트리스 □기타 □특이사항 ( )
		체위 변경	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움
		옮겨 앉기	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움
		보행	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움
		보조기구	□도보 □보행기 □지팡이 □휠체어 □기타( )
		화장실 사용	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움
		배뇨방법	□화장실 □이동식변기 □간이식 침상변기 □기저귀 □CIC □foley cath □기타( )
		배변방법	□화장실 □이동식변기 □간이식 침상변기 □기저귀 □관장 □장루 □기타( )
	내과적 문제 (호흡, 뇌전증 등)		
	발달 및 적응		
	기타		
의뢰내용	주요 의뢰사항		
	의뢰 사유		

희망서비스 (중복선택가능)	
보육 및 교육연계 서비스	□특수 보육 및 교육서비스 의뢰 □특수교육기관 교사와의 정보교류 □중도장애학생 학교복귀프로그램 □기타( )
장애인 체육 활동 및 건강관리 프로그램	□체육활동 □건강관리 관련 연계 서비스(영양, 비만, 구강관리 등) □기타( )
돌봄서비스	□장애아동 긴급돌봄 및 단기돌봄 서비스 □기타( )
기타서비스	□기타( )

특이사항 (필요시 기재)

첨부서류
□개인정보제공동의서 □기타( )

상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다.

의뢰일 : *YYYY- MM- DD*
담당자 : (서명) (*직종*)
연락처 :

상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다.

서명일 : *YYYY- MM- DD*
환 자 : (서명)
보호자 : (서명) (*환자와의 관계*)

주)보건복지부 사회복지시설 정보시스템의 등록시설

[별지 제4호의2 서식] 지역사회연계 수신결과

지역사회연계 수신결과

기본사항			
환자성명		성별	
생년월일(나이)	YYYY- MM- DD (세)		
수신결과			
수신일자	YYYY- MM- DD		
수신방법	□유선 □팩스 □방문 □전자우편 □기타( )		
의뢰받는 기관			
기관명			
주소	시(도) 구(군) 동(면) 까지만 기재		
담당자 성명			
담당자 전화번호			
연계서비스			
의뢰한 기관			
종합의견			
담당자(작성자)			

상기인에 대한 지역사회 연계서비스의 평가서를 귀 기관에 회송합니다.

회송일 : YYYY- MM- DD
기 관 :
담당자 : (서명)
연락처 :

[별지 제5호 서식] 지역사회연계 의뢰서-현장 방문활동

지역사회연계 의뢰서-현장 방문활동

의뢰하는 기관			
기관명			
방문자	□사회복지사 □작업치료사 □간호사 □재활의학과 전문의 □환자 □보호자(*환자와의 관계*)		
의뢰받는 기관			
형태	□어린이집 □유치원 □초·중·고등학교 □보건소 □지역장애인보건의료센터 □지자체 케어안내창구 □사회복지시설[주] □기타( )		
기관명			
주소	*시(도) 구(군) 동(면) 까지만 기재*		
기본사항			
성명/성별		생년월일(나이)	*YYYY - MM - DD (세)*
연락처	환자 : - -	보호자(*환자와의 관계*) : - -	
행정 주소지			
퇴원 후 거주지			
장애등록	□무 □진행중 □신청예정 □유 (□중증(기존1~3급) □경증(기존4~6급))		

희망서비스 (중복선택가능)	
보육 및 교육연계 서비스	□특수 보육 및 교육서비스 의뢰 □특수교육기관 교사와의 정보교류 □중도장애학생 학교복귀프로그램 □기타( )
장애인 체육 활동 및 건강관리 프로그램	□체육활동 □건강관리 관련 연계 서비스(영양, 비만, 구강관리 등) □기타( )
돌봄서비스	□장애아동 긴급돌봄 및 단기돌봄 서비스 □기타( )
기타서비스	□기타( )

특이사항 (필요시 기재)

상기인을 귀 기관에 의뢰하오니 적극 협조 부탁드립니다. 의뢰일 : *YYYY- MM- DD* 담당자 : (서명) (*직종*) 연락처 :
상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 연계 계획에 동의합니다. 서명일 : *YYYY- MM- DD* 환 자 : (서명) 보호자 : (서명) (*환자와의 관계*)

주)보건복지부 사회복지시설 정보시스템의 등록시설

[별지 제6호 서식] 통합재활안전 방문관리 서식

통합재활안전 방문관리

기본사항			
성명/성별		생년월일(나이)	YYYY- MM- DD (세)
보호자(환자와의 관계)		연락처	
방문일자	YYYY- MM- DD		
방문지 주소	시(도) 구(군) 동(면) 까지만 기재		
방문자	□사회복지사 □작업치료사 □간호사 □재활의학과 전문의 □환자 □보호자( )		
장애등록	□무 □진행중 □신청예정 □유[□중증(기존1~3급) □경증(기존4~6급)]		

의학적 상태			
입원/외래	□입원 □낮병동 □외래		
입(내)원일자	YYYY- MM- DD	(입원시) 퇴원예정일자	YYYY- MM- DD
진단명			
현병력			

사회환경상황	
퇴원 후 돌봄 제공자	□부모 □부모 외 가족(환자와의 관계) □환자 본인 □활동지원사 □기타(환자와의 관계) * 중복체크 가능함
이동 수단	□자가용 □대중교통[□ 자립이용 □ 도움필요] □구급차 □교통약자 이동지원 □기타( )
동거 가족	□부 □모 □형제 □자매 □조부 □조모 □기타( )

생활방식	
보조기구	□도보 □보행기 □지팡이 □휠체어 □기타( )
집안 이동방법	□도보 □보행기 □지팡이 □휠체어 □기타( )
일상생활	□완전자립 □감독필요 □약간의 도움 □상당한 도움 □전적인 도움

주거환경	
소유형태	□자가(소유자:) □전세 □월세 □영구/공공임대 □무료임대 □기타( )
주거형태	□아파트 □주택(□단독 □다세대) □빌라 □상가건물 □원룸 □기타( )
주거공간	□침실(개) □거실 □주방 □욕실 및 화장실(개) □다용도실 □베란다

거주층	
진입로	□엘리베이터 □계단 □경사로 □기타( )

보호자(환자)의 요구사항

개선 필요사항		
※실내구조(문턱), 난간 유무, 계단, 침대, 안전장치, 인근 시설 등을 포함한 종합적인 평가 후 작성		
사회복지사	위치	
	개선 필요사항	
재활치료 전문가	위치	
	개선 필요사항	

생활상 주의사항	
사회복지사	
재활치료 전문가	

개입계획

담당자			
사회복지사	*홍길동*	재활치료 전문가 직종( )	*홍길동*

상기 내용에 대해 충분히 설명을 들었고, 통합재활안전 방문관리 시행에 동의합니다.

서명일 : *YYYY- MM- DD*
환 자 : **(서명)**
보호자 : **(서명)** (환자와의 관계)

부록	어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 질의응답(Q/A)

1. 지정신청 관련

Q1 시범사업 대상기관은 어떻게 되나요?

○ 의료법 제3조제2항제1호에 따른 가목 '의원' 및 제3호 가목 '병원'으로서 어린이 전문재활치료를 주로 하는 의료기관입니다.

* 병원급 의료기관 중 치과병원, 한방병원, 요양병원, 정신병원, 종합병원은 제외

* 장애인 의료재활시설(요양병원)은 어린이 재활치료 환자 수 기준 충족 시 신청 가능

※ (참고)

· 의료법 제3조(의료기관)제2항제1호

가. 의원, 나. 치과의원, 다. 한의원

· 의료법 제3조(의료기관)제2항제3호

가. 병원, 나. 치과병원, 다. 한방병원, 라. 요양병원, 마. 정신병원, 바. 종합병원

○ 어린이 전문재활치료를 제공하기 위한 인력, 시설, 장비 등 구조적 요건을 갖추고 재활치료관련 환자구성비 등 입원·외래 환자의 질적 특성을 평가하여 보건복지부가 시범사업 수행기관으로 지정한 기관을 말합니다.

Q2 시범사업 대상지역은 어떻게 되나요?

○ 전국 18개 권역을 대상으로 권역별 수도권[1] 7개소, 비수도권[2] 3개소를 시범사업기관으로 선정합니다.

1) 수도권: 서울 남부, 서울 북부, 인천, 경기 남부, 경기 북부

2) 비수도권: 강원, 충북, 충남, 대전(세종포함), 전북, 전남, 광주, 경북, 대구, 경남, 부산, 울산, 제주

※ 단, 어린이 전문재활치료환자 수요 및 신청상황 등 권역별 특성을 고려하여 전체 지정 규모 내 추가 지정 가능

Q3	의료기관 개설일자와 관계 없이 지정이 가능한가요?

○ 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 진료실적 기준으로, 전년도 진료실적이 1년 미만인 의료기관의 경우 지정기준 미충족으로 지정 대상에서 제외됩니다.

2. 지정기준 관련

Q1 어린이 재활의료기관 시범사업 지정기준은 무엇인가요?

○ 필수진료과목, 인력기준, 시설기준, 장비기준, 어린이 재활치료 환자 수(연환자수 100명 이상 기관)를 필수로 충족해야합니다.

○ 권역별 신청기관이 대상기관을 초과할 경우, 진료량, 어린이재활 환자 구성비율, 학령기 청소년기 환자비율, 의료인력 1인당 환자수를 기준으로 상대평가를 실시합니다.

※ 보건복지부 공고 제2023-803호 [참조]

Q2 필수진료과목은 무엇인가요?

○ 의료기관 개설허가증(또는 개설신고증)의 진료과목으로 재활의학과입니다.

Q3 필수 진료과목 현황 자료를 별도 제출해야 하는지요?

○ 심평원에 통보된 현황자료로 평가하므로, 개설허가증(또는 개설신고증)을 제외한 별도 자료를 제출하실 필요는 없습니다.
단, 의료기관 개설 허가 사항의 변경이 발생한 경우에는 어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 지정운영 시범사업 공모 접수 마감일 이전에 심평원에 현황변경을 통보하여야 합니다.

Q4	지정기준 중 필수인력 기준은 무엇인가요?

○ 전문의, 물리치료사, 작업치료사, 언어재활사, 사회복지사 및 간호사로 아래에 해당하는 인력을 모두 충족해야합니다.

- 상근 재활의학과 전문의 1인 이상
- 상근 물리치료사 1인 이상
- 상근 작업치료사 1인 이상
- 간호사 1인 이상(주40시간 이상)(입원 및 낮병동 병상을 운영할 경우)
- 상근 언어재활사 1인 이상
- 상근 사회복지사 1인 이상

Q5	상근하는 의료인력이란 무엇인가요?

○ 의료인력의 상근기준은 국민건강보험법상 기준과 동일합니다.

*** 상근 기준**

- 주 5일 40시간 이상 해당 의료기관에서 근무

* 상근 의료인력 적용 제외 조건

- 근무자 산정대상 제외
  - 평가대상기간 동안 15일 이하 근무자
- 근무일수 산정 대상 제외
  - 평가대상기간 동안 휴일 포함 연속적 부재 기간이 16일 이상(간호사의 경우 30일) (휴가: 출산, 육아, 연수, 파견, 병가, 휴직 등)

(예시) '23년 1월~12월까지 전문의 8명 중 7명은 12개월 내내 근무, 1명은 연속 21일 휴가

→ ([7명*365일]+[1명*344일])/365일 = 8명(7.942명)

Q6	의료인력(전문의, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 간호사 현황)은 어떻게 산출하나요?

○ 상근 의료인력(주 5일 40시간 이상 근무하는 의료인력)을 기준으로 합니다.

○ 전문의, 물리치료사, 작업치료사, 간호사 수는 어린이 재활의료기관 시범사업 공고일 기준 전년도 1년간 평균으로 산출합니다.

○ 사회복지사는 공고문에 기재 된 날까지 채용하여야 합니다.

* 「보건복지부 공고 제2023-803호 [붙임 2.] 참고

○ 심평원에 통보된 인력현황과 상이한 경우*, 접수마감일 이전에 심평원에 현황변경을 통보한 후, 「추가서식」에 과거이력을 포함한 인력현황을 모두 작성하여 제출하여야 합니다.

* 상이한 경우 제출서류 (근로계약서, 급여명세서, 면허증/자격증 등)

※ 산출식 (소수 첫째자리에서 반올림)

= 평가대상기간 해당 직종별 재직일수의 합 ÷ 평가대상기간의 일수(365일)

Q7	심평원에 신고하지 않는 의료인력(언어재활사, 임상심리사) 인력 산정을 위해 제출해야할 서류는 무엇인가요?

○ 언어재활사와 임상심리사관련 제출서류는 다음과 같습니다.

- 근로계약서
- 급여명세서
- 의료기사에 준하는 관련 국가면허/자격증
- 언어재활사 및 임상심리사 치료 기록지 등

Q8	지정기준 중 필수시설기준은 무엇인가요?

○ 필수시설은 물리치료실(운동치료실), 작업치료실, 언어치료실이며, 각 치료실은 어린이재활치료를 위한 독립된 공간(문, 벽 등)으로 구분되어야 하며 최소면적기준을 충족해야합니다.

*「보건복지부 공고 제2023-803호 [붙임 2.] 참고

○ 소아 작업치료실과 소아 물리치료실(운동치료실)이 한 개 층에 개방된 공간에 있을 경우, 파티션 및 바닥의 선 등 명확한 구분이 가능한 경우 인정합니다.

Q9	지정기준 중 필수장비기준은 무엇인가요?

○ 필수장비는 각 치료실(물리치료실, 작업치료실, 언어치료실)의 「보건복지부 공고 제2023-호 803호 [붙임 2.]」의 기준의 필수 장비를 각 치료실에 구비해야 합니다.

Q10	필수 시설, 장비 기준을 증빙하기 위해 제출해야할 자료는 무엇인가요?

○ 시설은 평면도(해당 시설별 면적 기재)를 제출하셔야 합니다.

○ 장비는 구입 영수증 및 사진 등을 제출하셔야 합니다.

○ 필요시, 시설 및 장비현황을 증빙할 추가 서류를 제출하셔야 합니다.

Q11	입원(낮병동) · 외래 연환자수란 무엇인가요?

○ 연환자수는 평가 대상 진료기간내 전문재활치료*를 받은 18세 이하 환자의 재원일수(입원)와 내원일수(외래)의 합을 의미합니다.

* 「보건복지부 공고 제2023-803호 [붙임 2.] 참고

- 연환자수 산출시 입원(낮병동 포함)은 재원일수 1일을 외래환자 2명으로 환산하여 산출합니다.

(연환자수) = (2×입원재원일수) + (외래내원일수)

Q12	어린이재활 환자구성비율은 어떻게 산출 하나요?

○ 어린이 재활의료기관 지정운영 시범사업 지정계획 공고일 기준 전년도 1년간의 건강보험 및 의료급여 입원 및 외래환자의 진료실적에 대한 요양급여비용 심사청구분(공고일 기준 당해 연도 3월 심사결정분까지 유효)을 기준으로 산출됩니다.

※ 산출식 = 18세 이하 전문재활치료환자 수 ÷ 전체 전문재활치료환자 수 x 100

Q13	지정기준 중 환자구성비율 산출 시 낮병동 환자도 포함하나요?

○ 전체 입원·외래 환자 중 집중재활치료(건강보험요양급여비용 제7장 제3절 전문재활치료 또는 어린이 재활의료기관 이학요법료 수가 중 '전문 재활치료료'로 분류된 항목)를 받는 환자를 대상으로 산출하고, 청구명세서상 낮병동 환자의 경우에는 입원 환자 수에 포함하여 산출합니다.

Q14	상대평가 종합점수가 동점일 경우 어떤 기관을 지정하나요?

○ 상대평가 종합점수가 동일한 경우, 어린이재활 환자구성비율이 높은 기관 순으로 지정합니다.

Q15	의료기관 종별이 변경(요양병원→병원)된 경우, 시범사업 참여가 가능한가요?

○ 시범사업 신청 마감일 기준「의료법」제3조제2항제1호 가목에 따른 '의원' 및 제3호 가목 '병원'으로서, 어린이 전문재활치료를 주로 하는 의료기관의 경우 시범사업 참여가 가능합니다.

Q16	GMFM 평가도구(매뉴얼 포함)을 증빙하기 위해 제출해야할 자료는 무엇인가요?

○ GMFM 평가도구 매뉴얼은 'Gross Motor Function Measure(GMFM-66 and GMFM-88) User's Manual(영문판)', 또는 대동작기능평가(한글판)매뉴얼 제출 시에만 인정 가능 합니다

3. 수가 관련

1. 대상환자

Q1	**대상 환자이나 '통합재활기능평가료' 또는 '재활치료료' 에 포함된 검사 및 이학요법을 기존의 행위별 수가로 산정해도 되나요?**

○ 대상 환자일 경우 통합재활기능평가료에 포함된 검사 및 재활치료료에 포함된 이학요법은 행위별 수가로 별도 산정하실 수 없습니다.
다만, 사업 참여를 원치 않는 경우에는 환자 본인의 의사에 따라 참여하지 않을 수 있습니다.

Q2	**6세 이상 대상자의 경우 동일 날에 세부 적용기준에 해당하는 두 가지 수술을 시행한 경우 인정기간은 어떻게 적용하나요?**

○ 인정기간이 긴 수술을 기준으로 합니다.

<예시> N0911 건, 인대 피하단열수술과 N0303 절골술 [척추,골반] 동시 시행 시
- 12개월 인정

Q3	**6세 이상 대상자의 경우 서로 다른 날짜에 세부 적용기준에 해당하는 수술을 시행하였거나 상병을 진단받은 경우 인정기간은 어떻게 적용하나요?**

○ 수술시행일·진단일 중 가장 최근에 해당되는 날짜를 기준으로 합니다.
다만, 이전 수술·상병의 적용 기간이 더 긴 경우 그에 따른 기간을 기준으로 합니다.

Q4	**6세 이상 18세 이하의 환자가 인정기간을 초과한 경우에는 시범사업 수가를 산정할 수 없나요?**

○ 대상 환자에 해당하지 않으므로, 산정할 수 없습니다.

Q5	**대상환자가 시범사업 참여 후 동의를 철회하거나, 동의 철회 후 다시 참여 할 수 있나요?**

○ 시범사업 참여 대상자가 시범사업 참여를 원치 않는 경우 본인의 의사에 따라 동의를 철회하실 수 있습니다. 동의 철회 후 재참여를 원하는 경우 동의서를 재작성하여야 합니다.

Q6	**5세 10개월에 중도장애로 시범사업에 참여 한 경우 6세까지만 참여가 가능한가요?**

○ 아니요, 대상 환자가 4세 1개월 이후인 경우 최초 발병일 기준으로 24개월 참여 가능합니다.

2. 통합재활기능평가료

Q1	**통합재활기능평가료 산정 시 포함된 모든 검사를 시행해야 하나요?**

○ 네, 각 영역별 검사를 모두 시행하고 통합재활기능평가 서식 작성 및 제출 시 산정 가능합니다.

Q2	**환자의 상태 등에 의해 해당 영역의 모든 검사를 하루에 다 시행하지 못한 경우 수가 산정은?**

○ 해당 평가영역의 모든 검사항목은 동일 날 시행을 원칙으로 합니다. 다만, 환자의 상태 등으로 부득이하게 동일 날 시행하지 못하는 경우 모든 검사를 완료하고 통합재활기능평가 서식 작성 시 산정할 수 있습니다.

Q3	**시범사업 도중 의사가 필요하다고 판단되는 평가영역이 변경되는 경우 다른 평가영역검사를 시행할 수 있나요?**

○ 네, 환자상태 변화 등으로 필요한 평가영역이 변경되는 경우에는 변경이 가능합니다.

Q4	**통합재활기능평가료를 행위별로 산정가능한가요? 혹은 필요한 검사만 행위별로 산정가능한가요?**

○ 아니요, 통합재활기능평가료는 영역별 표준화된 검사항목을 통합하여 만든 수가로, 영역별 모든 검사항목을 시행했을 때에만 산정 가능하며, 기존의 행위별 수가를 청구하실 수 없습니다.

Q5	**전영역(또는 인지언어기능영역)의 언어전반진단검사에 포함된 4개 항목 (Ⅰ(SELSI)와 Ⅱ(PRES · LSSC · U-TAP)) 중에서 2개 이상을 시행한 경우 수가 산정은?**

○ 주된 검사만 산정합니다.

Q6	**PRES 검사를 시행 중 환자가 검사를 수행하지 못하여 SELSI를 시행하였습니다. 이 경우 전영역(또는 인지언어기능영역) Ⅱ 수가를 산정할 수 있나요?**

○ 해당 검사가 완료되어 통합재활기능평가 서식 작성이 완료된 경우에 수가를 산정할 수 있습니다. 이 경우 SELSI검사를 완료하고 검사 결과지를 작성하였으면 전영역(또는 인지언어기능영역) Ⅰ 수가를 산정할 수 있습니다.

Q7	**통합재활기능평가료 Ⅱ 산정 시 언어전반진단검사에 해당하는 PRES, LSSC, U-TAP 3가지 검사를 모두 시행해야 하나요?**

○ 아니요, 3가지 검사 중 환자에게 필요한 검사 1가지 이상을 시행하고 통합재활기능평가 서식을 작성하면 됩니다.

Q8	**언어전반진단검사 중 SELSI, PRES, LSSC, U-TAP 이외 다른 항목을 검사한 경우 전영역(또는 인지언어기능영역) 수가 산정이 가능한가요?**

○ 아니요, 상기 4가지 검사항목 외에는 수가를 산정할 수 없습니다.
다만, 시행한 경우 'L'항에 항목을 기재하고 단가는 관행수가를 기재합니다.

Q9	**「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부 행위 비급여목록 중 '언어전반진단검사, 발음 및 발성검사' 이외의 항목은 산정가능한가요?**

○ 네. 산정 가능합니다.
다만, 'L'항에 항목을 기재하고 단가는 관행수가를 기재합니다.

Q10	전체운동기능측정(GMFM, Gross motor function measurement)의 경우 항목수에 따라 GMFM-66과 GMFM-88을 사용하는데 어떤 검사를 사용해야 하나요?

○ GMFM-88과 GMFM-66모두 사용 가능합니다.

○ 다만, GMFM 또는 일상생활동작검사는 인정기간동안 대상 환자별로 전·후 비교가 가능하도록 일관된 기능평가 항목을 사용하여 검사 결과지를 제출해야 합니다.

<예시> 최초 평가에 GMFM-88 제출 시 마지막 평가까지 GMFM-88 제출
최초 평가에 도구적 일상생활능력검사 제출 시 마지막 평가까지 도구적 일상생활능력검사 제출

Q11	시범사업 참여 전 시행한 언어전반진단검사를 통합재활기능평가에 포함하여 산정할 수 있나요?

○ 시범사업 대상자가 시범사업 참여를 위하여 동의서를 작성한 날부터 해당 시범사업 수가를 산정합니다.
따라서, 시범사업 참여 전에 시행한 수가는 기존 산정방법에 따라 청구하시면 됩니다.

Q12	MACS(손기능분류시스템)검사는 전연령에 모두 시행하여야 하나요?

○ 통합재활기능평가료 산정 시 포함된 검사는 모두 시행하여야 하며, 연령을 고려하여 적합한 사물을 선택하여 시행합니다.

Q13	통합재활기능평가를 언제 시행해야 할까요?

○ 통합재활기능평가료 서식은 재활치료 시작 전, 시범사업 종료시점에 2회 필수로 제출하도록 하고 있습니다. 또한 재활치료가 길어질 경우 직전 통합재활기능평가 시행일 기준 183일 이내에 추가로 평가를 시행하여 관련 서식을 제출토록 하고 있습니다.

<예시1> 시범사업기간이 3개월인 경우

- 재활치료 시작전 통합재활기능평가를 시행하여 아동의 상태를 평가하고, 3개월 후 시범사업 종료시점에 통합재활기능평가를 시행하여 재활치료효과를 평가 후 서식을 제출하여야 합니다.

<예시2> 시범사업기간이 6개월인 경우

- 6개월간 시범사업에 참여한 아동의 경우 재활치료 시작전 통합재활기능평가를 시행하고, 6개월 후 시범사업 종료시점(마지막 평가 후 183일 이내)에 통합재활기능평가를 시행하여 재활치료효과를 평가 후 서식을 제출하여야 합니다.

Q14	**평가기한 내에 평가를 시행했는데 서식을 기한내에 제출하지 못해도 재활치료료를 청구할 수 있나요?**

❍ 아니요, 반드시 평가서식제출 이후에 재활치료료를 청구하여 주시기 바랍니다. 평가서식 제출여부에 따라 기한 이후 청구되는 재활치료료가 조정될 예정입니다.

Q15	**시범사업 참여일과 재활치료시작일을 구분하는 이유가 무엇인가요?**

❍ 최초평가의 경우 시범사업 참여 후 재활치료시작일 기준으로 90일 이내 제출해야하기 때문에 시범사업 참여일과 재활치료시작일을 구분하여 기재하도록 하고 있습니다.

Q16	**입원, 퇴원 시마다 통합재활기능평가를 해야하나요?**

❍ 아니요, 재활치료 시작 전, 시범사업 종료시점에 필수적으로 시행하고 관련 서식을 제출토록 정하고 있습니다.

3. 통합계획교육상담료

Q1	**'통합계획교육상담료' 의 참여 인력 기준은 어떻게 되나요?**

○ 환자의 재활치료 계획수립에 필요한 관련 분야의 전문가로서 재활의학과 전문의 1인을 포함한 간호사, 물리치료사, 작업치료사, 사회복지사, 언어재활사, 임상심리사, 유관 진료과목 전문의가 참여 가능합니다.

Q2	**참여 직종이 중복되어도 산정가능한가요? (예. 전문의 1인에 간호사 3인 등)**

○ '통합계획교육상담료'는 각기 다른 직종 4인 이상이 참여시 산정할 수 있습니다.

Q3	**'통합계획교육상담료' 에서 주치의는 반드시 재활의학과 전문의여야 하나요?**

○ 재활의학과 전문의 이외 타과 의사도 주치의가 될 수 있습니다.
다만, 환자사정, 치료계획 수립, 치료성과 점검, 퇴원계획 등 종합 평가는 재활의학과 전문의가 실시하여야 합니다. (협진 등)

Q4	**보호자(환자) 상담 시 각 직종이 개별적으로 각각 교육(상담)을 시행 시에도 수가 산정이 가능한가요? (예. 재활의학과 전문의, 물리치료사 각각 15분 씩 교육(상담) 시행)**

○ 재활의학과 전문의 1인을 포함한 어린이 전문재활팀이 동시에 모여 보호자(환자)에게 30분 이상 교육·상담 시행 시 산정 가능합니다.
(단. 불가피한 경우 비대면으로 실시할 수 있습니다.)

Q5	**뇌전증 치료 중 측만증 교정수술을 시행 받은 경우 등 질환별로 '통합계획교육상담료' 를 각각 산정할 수 있나요?**

○ 각기 다른 질환이 중복되더라도 통합적으로 평가하고 치료 계획 등을 관련서식에 따라 작성하도록 합니다.

4. 재활치료료

Q1	**물리치료사와 작업치료사의 구분 없이 재활치료를 시행해도 되나요?**

○ 담당의 처방에 따라 「의료기사 등에 관한 법률」 등 관계 법령에서 정한 업무범위에 따라 실시하여야 합니다.

Q2	**재활치료를 20분 시행한 경우 수가산정은 어떻게 하나요?**

○ 15분 시행 단위로 산정하므로, 재활치료료 1회 산정 가능합니다.

<예시> 40분 시행한 경우 2회 산정

Q3	**두 가지 항목의 이학요법료를 합하여 15분 실시한 경우 1단위를 청구할 수 있나요?** **(예. 일상생활동작 훈련치료 5분 + 기능적전기자극치료 10분 → 1단위)**

○ 아니요, 이학요법 항목별 15분 시행 단위로 청구합니다.

Q4	**치료실까지의 이동 시간도 포함하여 산정 가능한가요?**

○ 아니요, 이동시간은 치료시간에 포함하지 않습니다.

Q5	**기존 1대 1 치료가 아니었던 치료도 1대 1로 시행하는 경우 재활치료료 Ⅲ으로 청구 가능한가요?**

○ 네, 재활치료료Ⅱ의 항목은 기존 1대 1 치료가 아니었어도 1대 1로 시행한 경우 재활치료료Ⅲ으로 산정 가능합니다.

Q6	**일 16단위 산정기준은 입원과 외래 동일하게 적용되나요?**

○ 네, 입원과 외래 관계없이 일 16단위까지 산정이 가능합니다.

Q7	**16단위(4시간)를 초과하여 시행하는 경우 수가산정은 어떻게 하나요?**

○ 재활치료료는 16회/일을 초과하여 산정할 수 없습니다.
다만, 본 지침 [별표2]의 항목은 재활치료료와는 별도로 산정 가능합니다.

Q8	16단위(4시간) 동안 전문재활치료를 치료사가 1인의 환자를 1대 1로만 시행 할 수 있나요?

○ 네, 가능합니다. 4시간 동안 환자 개별 상태에 맞게 재활치료를 구성하여 시행할 수 있습니다.

Q9	재활치료료 Ⅰ,Ⅱ, Ⅲ 중 한 가지만 선택해서 16단위(4시간)을 해야 하나요?

○ 아니요, 하루 4시간 내에서 환자 개별 상태에 맞는 재활치료를 자유롭게 구성하여 시행할 수 있습니다.

Q10	「건강보험 행위 급여·비급여 목록표 및 급여 상대가치점수」 제3부 행위 비급여목록 중 '언어치료, 도수치료, 전산화인지재활치료[주의·기억]' 외의 항목도 산정 가능한가요?

○ 언어치료, 도수치료, 전산화인지재활치료[주의·기억] 외의 비급여 항목은 별도 산정하실 수 없습니다.

Q11	로봇재활치료는 비급여로 산정 가능한가요?

○ 하지 재활로봇 치료, 로봇보조 기립경사훈련의 경우 신의료기술평가위원회결과 기존기술로 결정되었으므로, 실시한 치료에 따라 사130나 보행치료, 사46 기립경사훈련, 사126 기능적전기자극치료로 적용하되, 해당 치료의 분류에 따라 시행시간 당 재활치료료로 산정합니다.

Q12	[별표3] 「어린이 재활의료기관의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침」에 있는 항목 중 시간 관련된 사항도 적용되나요? (예. 심장재활교육 60분 이상)

○ 네, [별표3] 「어린이 재활의료기관의 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침」은 적용됩니다.

Q13	대상 환자에게 동반된 질환(기저질환 등)에 시행한 치료도 '재활치료료' 로 산정하나요?

○ 어린이 재활의료기관 시범사업 대상 환자에 대해 대상 질환 및 동반된 질환을 종합적으로 고려하여 통합적인 평가 및 치료계획 등을 시행하고 그에 따라 재활치료가 이루어지므로 동반된 질환에 대한 재활치료를 포함하여 재활치료료로 산정합니다.

Q14	평가영역 또는 상병에 따른 재활치료 시행기준이 있나요?

○ 동 시범사업은 전문적인 재활치료를 필요로 하는 상병, 요양(의료)급여 비용 산정 기간을 정하고 있으며, 시범사업 수행기관은 어린이 전문 재활팀이 환자 상태를 종합적으로 평가하고 환자 맞춤형 통합계획 등에 따라 1일 최대 16단위 범위 내에서 적절한 재활치료를 구성하여 실시할 수 있습니다. (지침 36page 참조)

Q15	재활치료료 최대 산정가능 범위가 추후 변경될 가능성이 있나요?

○ 시범사업 기간('24.3.~'26.12.)에는 현재 기준을 적용합니다

Q16	재활치료는 기존 고시 또는 심사지침에 관계없이 자유롭게 구성할 수 있나요? 예) 척추손상, 뇌졸중 상병 외의 환자에게 기능적전기자극치료(사-126) 시행 또는 연하장애 평가검사결과와 관계없이 연하재활기능적전기자극치료(사-131) 시행

○ 네, [별표3] 어린이 재활의료기관 요양급여의 적용기준 및 방법에 관한 세부사항 및 심사지침에 따라 적용하며, 이 외의 사항은 적용하지 아니합니다. (지침 48~54page 참조)

Q17	기능적전기자극치료(사-126)의 주항에도 불구하고 재활치료료는 15분 시행 후 산정할 수 있나요?

○ 네, 재활치료료 항목은 15분 시행 단위로 산정합니다. (지침 36page 참조)

Q18	재활치료료Ⅰ에 포함된 항목을 1대 1로 시행한 경우 재활치료료Ⅲ으로 산정할 수 있나요?

○ 아니요, 재활치료료Ⅰ에 분류된 항목은 1대 1로 시행하였더라도 재활치료료Ⅰ으로 산정합니다. (지침 37page 참조)

Q19	재활치료료 Ⅰ,Ⅱ,Ⅲ를 청구할 경우 제출해야 될 서식이 있나요?

○ 시범사업 대상자는 별지 제1호 서식의 동의서를 작성하여야 하며, 재활치료료는 별도의 필수 제출 서식은 없습니다.
다만, 해당 치료사가 실시 후 실시 시간 및 결과를 진료기록부에 기록하는 경우에 산정하고, 청구 시에는 실제 행위별 진료내역을 'L'항에 기재하여야 합니다. (지침 41, 58page 참조)

Q20	재활치료료 실시 시간을 진료기록부에 어떻게 기록하나요? 예) 치료 시작·종료시간과 소요시간 모두 기재, 2단위 이상 재활치료 시행 시 기재 방법

○ 실시 시간은 시작시간 ~ 종료시간을 기재하며, 치료 소요시간은 필수 사항은 아닙니다. 또한 동일 재활치료를 2단위 이상 연속하여 시행한 경우 1단위(15분)당 각각 기재 또는 항목 당 소요시간을 합산하여 기재 모두 가능합니다. (지침 41page참조)

Q21	중추신경계발달재활치료(IN105) 주항의 시간 관련된 사항도 적용되나요?

○ 네, 30분 이상 실시한 경우 산정 가능합니다.

5. 지역사회연계료

Q1	**지역사회연계료를 산정하기 위한 연계활동은 무엇이 있나요?**

○ 지역사회 연계활동이란, 환자별 건강상태 및 사회경제 환경을 바탕으로 치료인력이 회의를 통해 환자 맞춤형 지역사회 연계계획을 수립하고, 환자에게 필요한 지역사회 자원을 연계 및 조정하는 활동을 말합니다.

○ 보육 및 교육기관, 보건소, 지역장애인보건의료센터, 지자체의 케어안내창구, 복지시설 등을 통해 환자에게 직접 제공되는 서비스를 연계하는 활동입니다.

○ 다만, 국민건강보험공단의 업무(만성질환관리 프로그램 연계, 본인부담상한제 대리 신청 등), 타 의료기관 연계, 치료와 직접 관련되지 않은 의료비지원 서비스, 환자가족에 대한 서비스의 경우에는 수가 산정이 불가능 합니다.

Q2	**'지역사회연계료 가. 기관내 활동' 의 경우 별지 제4호의2서식 지역사회연계 수신결과까지 작성해야 하나요?**

○ 네, 별지 제4호 서식과 제4호의2 서식을 모두 작성한 경우에 산정할 수 있습니다. 다만, 반드시 회신서가 필요한 것은 아니며 유선으로 수신 확인이 된 경우에도 가능합니다.

Q3	**'사-128 재활사회사업' 과 동시에 산정할 수 있나요?**

○ 지역사회연계료를 산정하는 경우에 '사-128 재활사회사업'은 별도 산정 할 수 없습니다.

Q4	**현장방문활동을 하였는데 연계가 되지 않은 경우에는 수가 산정을 할 수 없나요?**

○ 보호자(환자) 동의하에 지역사회 기관에 방문 활동을 하였으면 결과적으로 연계가 되지 않더라도 수가 산정 가능합니다.

Q5	**동일 기관에 다른 서비스로 2회 연계 한 경우 2회 산정 가능한가요? (예. A기관에 체육활동 연계 후 영양관리 서비스 연계 시)**

○ 동일 기관인 경우 날짜를 달리하여 다른 서비스를 각각 연계 했더라도 연 1회만 산정 가능합니다.

Q6	**'지역사회연계료 가. 기관내 활동' 을 하였는데 연계가 되지 않은 경우는 수가 산정을 할 수 없나요?**

○ 별지 제4호 서식과 제4호의2 서식을 모두 작성하고, 실제 연계가 이루어져야 산정 가능합니다.

Q7	**'지역사회연계료 나. 현장 방문활동' 의 경우 2인 이상의 인력이 각각 방문하면 각각 산정할 수 있나요?**

○ 2인 이상의 인력이 각각 방문한 경우에도 1회만 산정 가능합니다.

6. 통합재활안전 방문관리료

Q1	**방문활동 후 주택 개보수 등의 활동이 이루어지지 않아도 수가산정이 가능한가요?**

○ 네, 보호자(환자)의 동의하에 가정을 방문하여 주거 및 생활 환경평가 등의 활동을 하였다면 산정 가능 합니다.

Q2	**사회복지사와 재활치료 전문가 인력이 반드시 동시에 방문해야하나요?**

○ 동시에 방문하지 않아도 수가는 산정 가능합니다. 다만, 참여 직종이 별지 제6호 서식 통합재활안전 방문관리 서식에 각각 작성한 경우에 산정합니다.

Q3	**'교통비' 의 경우 2인 이상의 인력이 각각 방문한 경우에는 각각 산정할 수 있나요?**

○ 2인 이상의 인력이 각각 방문한 경우에도 1회만 산정 가능합니다.

7. 기타

Q1	지역연계 활동 관련 교육 이수 대상자는 누구인가요?

○ 지역사회연계료와 통합재활안전 방문관리료를 시행하는 인력(재활의학과 전문의, 간호사, 사회복지사, 작업치료사) 중 1인 이상이 해당됩니다.

Q2	연단위 산정 가능 수가의 경우 연도별 횟수는 어떻게 적용하나요? (통합재활기능평가료, 지역사회연계료(기관내활동: 연3개 기관 이내, 현장방문활동: 연2개 기관 이내), 통합재활안전방문관리료(연1회 이내))

○ 시범사업 참여일(환자 동의서 작성일) 기준으로 적용합니다.
(단, 6세 이상~ 18세 이하는 시범사업 세부적용기준의 기간 내에 한함.)

<예시> 2025년 3월 6일 시범사업 참여한 4세 환자의 경우
- 2025.3.6.~2026.3.5.기간에서 연간 산정횟수 이내로 산정

<예시> 2025년 1월 3일 뇌전증수술(세부인정기간: 12개월)을 시행하고, 2025년 3월 6일 시범사업 참여한 8세 환자의 경우
- 2025.3.6.~2026.1.2.기간에서 연간 산정횟수 이내로 산정